

POLITIQUE des DROGUES

le cnam

7

Réduction des risques

Décembre 2024



le cnam
esdr3c

Avec le soutien de


IReSP
Institut pour la Recherche
en Santé Publique



SOMMAIRE

Éditorial	p. 3
Cadrage de la RdR <i>Bertrand Lebeau Leibovici</i>	p. 4
La Réduction des Risques et des Dommages (RdRD) : élément des politiques publiques <i>Ruth Gozlan</i>	p. 8
Le glissement paradigmatique du concept de <i>Réduction des Risques</i> <i>Benjamin Rolland</i>	p. 14
Où commence et où s'arrête la RdR ? Le cas des États-Unis <i>Honora Englander</i>	p. 19
La réduction des risques : un mouvement perpétuel <i>Catherine Duplessy, Michel Mau, Jean-Michel Gaulier, Anne Batisse</i>	p. 22
Recherches et évaluations de programmes de RdRA <i>Judith Martin Fernandez, Sarah Perrin, Amandine Fillol</i>	p. 30
<i>Varia</i> Des usages des psychédéliques <i>Vittorio Biancardi</i>	p. 38
<i>Varia</i> L'effet Darmanin <i>Sonny Perseil</i>	p. 52
Livres Nouveautés : présentations des éditeurs	p. 59
Revue PDD Appel à articles	p. 62



ÉDITORIAL

Nous avons le plaisir d'annoncer l'arrivée de sang neuf au sein de *Politiques des drogues*, avec deux doctorants rattachés au laboratoire ESDR3C du CNAM, établissement qui fête actuellement ses 230 ans et a la vocation d'accueillir, dans le cadre de la formation tout au long de la vie, des professionnels en activité. Il s'agit de Magali Féger, responsable addictologie, conduites à risques (mineurs/jeunes majeurs) et prévention, et du gendarme Samuel Mbodji dont l'activité est pour une part dédiée à la lutte contre les trafics de stupéfiants, en particulier sur Internet. Nous leur souhaitons de belles années de thèse et, bien sûr, de pouvoir contribuer au développement de votre revue préférée !

Le présent numéro aborde un sujet fondamental en matière de politiques des drogues, la réduction des risques. Ce concept paraissait quasiment enraciné, voire paradigmatique, dans les démocraties libérales comme la France, et la dernière session de la Commission des stupéfiants des Nations Unies l'avait reconnu, enfin, en mars 2024. Pourtant, à la faveur de nombreux faits divers, et notamment des violences de plus en plus préoccupantes liées au narcotrafic, en France et ailleurs, les discours politiques évoluent et tendent non plus à vouloir en priorité protéger la santé des usagers, mais au contraire à culpabiliser ceux-ci et à engager leur responsabilité dans les crimes commis. En cette matière comme dans d'autres, les choses changent vite et il paraît essentiel de suivre ces tendances...

Pour autant, et dans l'optique justement de contextualiser correctement ces phénomènes complexes – le rôle de simplificateur étant régulièrement joué par les médias et politiques, grâce à une communication qui ne fait pas toujours dans la nuance –, il convient aussi de savoir prendre une distance historique afin d'analyser finement les évolutions. C'est l'angle choisi par Vittorio Biancardi, dont la thèse sur *L'usage critique des substances psychédéliques chez les militants des mouvements révolutionnaires italiens (1960-1980)* a été soutenue en début d'année à l'EHESS, et qui nous fait le plaisir de contribuer à la partie *varia* de ce numéro.

Avec notre équipe renouvelée, en ouvrant donc largement nos colonnes aux jeunes chercheurs, nous nous engageons dès lors à rester à l'affût des nouvelles orientations dans le domaine, tout en conservant un point de vue dont l'ambition est d'être le plus rigoureux et scientifique possible.

Le comité éditorial



Bertrand LEBEAU LEIBOVICI

Médecin addictologue

Puisqu'il m'a été proposé d'animer le séminaire « Politiques des drogues » du 7 février 2024 sur la Réduction des Risques et des Dommages (RdRD, désormais écrite RdR), j'ai pris le risque d'écrire une contribution dont l'objet est de nourrir les discussions sur le sujet. Elle porte sur la/les définition(s) de la RdR.

Une première définition

Si tout est RdR, rien ne l'est en particulier. Où commence la RdR, où finit-elle ? On peut, au moins dans un premier temps, exclure ce qui a trait au sevrage. Non que la RdR soit hostile au sevrage en tant que tel ; mais elle l'est aux politiques dans lesquelles le sevrage est l'unique offre de soins ou, dans une version atténuée, la première offre de soins. Autre question : les TSO (traitements de substitution aux opiacés) relèvent-ils du soin ou de la RdR ? Mais surgit alors une autre question : est-ce que la distinction entre RdR et soin est pertinente ou doit-on voir les choses autrement ? Il faut, pour sortir de ces apories, être attentif à la double nature de la RdR, à la fois doctrine et état d'esprit.

Commençons par la définition de la RdR comme doctrine. Elle est donnée par la *Harm Reduction International* (HRI), qui promeut la RdR dans le monde depuis le début des années 1990 :

« La RdR consiste en politiques, programmes et pratiques qui se donnent comme **but premier** de réduire les conséquences négatives, sur les plans sanitaire, social et économique, de l'usage de drogues légales et illégales sans **nécessairement** réduire la consommation de drogues. »

J'ai souligné l'expression « **but premier** » et le mot « **nécessairement** » car c'est bien là que se niche la révolution copernicienne de la RdR : au niveau individuel, l'abstinence n'est plus le seul horizon du soin ; au niveau collectif, la réduction de la consommation de drogues cesse d'être l'objectif premier et souvent presque unique.

Les partisans de la « prohibition punitive » étaient, à partir du début des années 1990, d'autant plus hostiles à ce programme que, explicitement ou dans le secret de leur cœur, ils souhaitaient que l'usage de drogues soit dangereux, voir

le plus dangereux possible afin de décourager les consommateurs et de « démontrer » que les drogues illicites sont toutes très ... dangereuses !

Deux autres définitions

Je voudrais proposer deux autres définitions de la RdR, qui sont exprimées moins par compréhension que par extension, c'est-à-dire par l'énumération de traits propres.

Dans la première définition, une liste de dispositifs est construite. C'est ce que fait HRI pour analyser les politiques publiques dans le monde (« *The global state of harm reduction 2018* ») :

- Référence explicite à la RdR dans les documents officiels.
- Existence d'au moins un programme opérationnel d'échange de seringues (PES).
- Idem pour les TSO.
- Existence d'au moins une SCMR (salle de consommation à moindre risque).
- Existence d'au moins un programme de distribution de naloxone.
- Accès à la substitution en prison.
- Accès aux seringues propres dans au moins une prison.

Sur les 161 pays étudiés, 85 font une référence explicite à la RdR dans des documents officiels, 86 disposent d'au moins un PES, 86 d'un programme de TSO, 11 d'au moins une SCMR, 12 d'au moins un programme de naloxone, 54 d'un accès à la substitution dans au moins une prison et 10 pays d'un accès aux seringues propres dans au moins une prison.

Dans la seconde définition, la RdR est caractérisée par quatre éléments :

- 1 Elle hiérarchise les risques : il vaut mieux ne pas consommer de drogues ; si on en consomme, il vaut mieux éviter l'injection ; si on injecte, il faut le faire avec une seringue propre...
- 2 Elle porte un intérêt particulier aux groupes stigmatisés (toxicomanes, prostitué(e)s, prisonniers) et marginalisés. Ainsi, dans la théorie suisse dite des quatre piliers, le quatrième pilier, avant de s'appeler RdR, a pris le nom d' « aide à la survie ». D'où l'idée de lieux d'accueil « à bas seuil » et l'*outreach* : aller vers les usagers dans la rue, les squats...
- 3 Elle progresse « *step by step* », pas à pas, en fonction des patients et des situations.
- 4 La RdR soutient la création de groupes d'auto-support et considère qu'il existe une expertise propre des usagers qui doit avoir sa place dans les questions qui les concernent directement comme les politiques de drogues (« Rien pour nous sans nous ! »).

Cette proximité avec les usagers se manifeste aussi par la recherche participative et communautaire qui permet à des équipes issues de la santé publique, des sciences sociales et de la médecine de travailler avec des groupes d'autosupport ou des sites de psychonautes sur des questions d'intérêt commun. De ce point de vue, le réseau HARENE, animé par Perrine Roux à partir de Marseille, ouvre la voie.

Trois domaines

Comme des poupées russes, on peut définir trois domaines de la RdR, du plus étroit au plus large :

- A. RdR des risques infectieux chez les usagers de drogues. C'est la définition que choisit l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale) dans son expertise collective de 2010. Historiquement, c'est bien là que la RdR a commencé avec la question cruciale de l'accès aux seringues propres pour les injecteurs (et leurs partenaires sexuels) face au risque VIH. Mais cette définition, historiquement fondée, a vieilli. Il existe ainsi un travail remarquable de certaines équipes de RdR, souvent issues des CAARUD (centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues), dans le champ des événements festifs techno. Ce monde n'existait pas dans les années 1980 et n'a débuté que dans les années 1990. Il arrive aujourd'hui à maturité et il a considérablement enrichi le monde de la RdR.
- B. La seconde définition englobe la prévention et le soin : il y a une « **manière RdR** » de faire de la prévention (dire la vérité sur les produits et les pratiques, se situer à égale distance de l'apologie et de la diabolisation) et du soin : amicale envers l'utilisateur (*user friendly*) et en ne jugeant pas les personnes (*non judgemental*). Elle utilise l'entretien motivationnel.
- C. La troisième définition a trait aux politiques de drogues elles-mêmes : il s'agit de réduire les risques et les dommages liés à ces politiques. C'est la dimension internationale de la RdR. Les partisans de la RdR sont ainsi hostiles à la pénalisation de l'usage (qui est un obstacle à l'accès aux soins) et à la « prohibition punitive » qui finance d'abord la répression puis très secondairement la santé publique. Concernant la légalisation des drogues, toutes les positions peuvent s'exprimer. La RdR et la légalisation des drogues sont deux problématiques différentes.

L'esprit de la RdR

Venons-en à l'« esprit de la RdR » à travers deux exemples très différents :

L'analyse des drogues issues du marché clandestin est clairement une idée dérivée de la RdR. La composition erratique des drogues issues du marché clandestin constitue une part, parfois non négligeable, de leur dangerosité. Des

associations d'auto-support (comme Techno +) ont su former certains de leurs membres à l'utilisation de dispositifs transportables sur les événements festifs comme la CCM (Chromatographie Couche Mince). Car les usagers sont très majoritairement soucieux d'informations sur les drogues qu'ils consomment.

Dans un tout autre domaine, la consommation contrôlée d'alcool qui a désormais droit de cité en tant qu'offre de soin (comme le montre l'autorisation de mise sur le marché – AMM – du Sélincro) est, me semble-t-il, sous l'influence d'une conception RdR de l'abus et de la dépendance à l'alcool. Là aussi, un développement serait utile mais dépasse le cadre des propos tenus ici.

Prévention, soin , répression et... réduction des risques : les quatre piliers.

Examinons la devise de la Fédération Addiction : « Prévenir, réduire les risques, soigner ». Une bonne chose : la RdR est présente dans le slogan. Coincée entre la prévention et le soin, la RdR occupe une position assez indéterminée mais, néanmoins, au centre de la tripartition. On notera que la RdR est aussi présente dans la doctrine suisse dite des quatre piliers : prévention, soin, répression et... réduction des risques (d'abord appelée « aide à la survie »). Que se passe-t-il donc entre la prévention et le soin et qui mérite une place particulière ?

Pour certain(e)s, les CAARUD, c'est la RdR, et les CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie), c'est le soin. Cette affirmation est contestable. Il est utile qu'il n'y ait pas de prescriptions de psychotropes (TSO compris) dans les Caarud et qu'elles soient réservées aux Csapa. Mais cantonner la RdR aux Caarud est dangereux, car on pourrait penser alors qu'il n'y a nul besoin d'en faire ailleurs ! Il y a une manière RdR de travailler dans un Csapa, qu'il soit hospitalier ou associatif.

À ma connaissance, les Suisses n'ont jamais tranché la question (un peu byzantine) de savoir si les programmes de prescription d'héroïne (PPH) relèvent de la RdR ou du soin. Mais force est de constater que ce sont les partisans helvètes de la RdR qui ont porté cette idée. En France aussi, ce sont les partisans de la RdR qui se sont majoritairement battus pour les TSO.

À l'échelle internationale, la RdR reste un ardent combat. L'expression « *harm reduction* » n'est jamais apparue, jusqu'en 2024, dans les conclusions de la réunion annuelle à Vienne des instances spécialisées de l'ONU autour de la CND (Commission on Narcotic Drugs) car celles-ci doivent aboutir à un texte de consensus. Or un certain nombre de pays considèrent que la RdR incite à consommer, est en faveur de la légalisation des drogues et accorde trop de place aux usagers ou ex-usagers. Cependant, les choses ont changé lors de la dernière réunion de la CND qui, en mars 2024, a enfin osé utiliser l'expression RdR, ce qui a constitué un revirement considérable au sein de cette instance internationale.

Pour finir, je formule un vœu : que le monde académique et le monde de la RdR apprennent sinon à travailler ensemble, du moins à s'enrichir mutuellement.



La Réduction des Risques et des Dommages (RdRD) : élément des politiques publiques

Ruth GOZLAN

Médecin, chargée de mission santé
Mission Interministérielle de lutte contre les drogues et les pratiques addictives (Mildeca)

Comme l'a fait Bertrand Lebeau Leibovici dans son article introductif du dossier, il est utile de rappeler la définition de la RdR donnée par la *Harm Reduction International* (HRI) : « La RdR consiste en politiques, programmes et pratiques qui se donnent comme but premier de réduire les conséquences négatives, sur les plans sanitaire, social et économique, de l'usage de drogues légales et illégales sans nécessairement réduire la consommation de drogues. »

Si le but premier de la RdR est de réduire les conséquences négatives, sur les plans sanitaire, social et économique de l'usage de drogues légales et illégales, c'est bien parce que la consommation de produits psychoactifs expose à des risques dont les politiques publiques doivent se préoccuper.

Les risques sanitaires sont les maladies infectieuses (VIH, hépatites) et les surdoses mortelles, pour les plus connus. Avec certaines drogues, des problèmes cardiaques et des accidents vasculaires cérébraux peuvent aussi survenir.

Pour certains produits, la consommation peut également provoquer des dommages sociaux, que les personnes soient dépendantes ou non aux produits. C'est notamment le cas des produits dont la consommation est illicite, ce qui pose la question de la délinquance. Mais également de l'alcool, avec des risques de rixes sur la voie publique, d'accidents de la circulation et de violences intrafamiliales.

Les personnes sont parfois exposées à des risques graves dès les premières consommations, comme le coma éthylique chez les jeunes ou des conséquences cardiaques chez des usagers de cocaïne.

Enfin, nous ne devons pas oublier que devenir dépendant à un produit psychoactif est un des risques de la consommation, comme par exemple pour l'alcool avec cette notion de continuum pouvant mener insidieusement à la dépendance.

L'objectif de la politique de RdRD est de lutter contre ces risques et ces dommages liés à la consommation de substances psychoactives. Avec une particularité majeure : on n'attend pas que les personnes dépendantes soient

abstinentes pour les accompagner, même si l'objectif, à plus ou moins long terme, pourra, si les personnes le souhaitent, être l'abstinence. Pourquoi ?

- Pour maintenir les personnes en bonne santé en attendant la création d'une alliance thérapeutique leur permettant de s'engager dans une autre démarche d'accompagnement et vers une amélioration de leur qualité de vie.
- Voire pour les maintenir en vie.
- Pour ne pas retarder l'entrée dans le soin et multiplier les opportunités d'une évolution positive de la situation des usagers de drogues.
- Parce que plus on retarde l'entrée dans le soin des personnes dépendantes, plus le soin est difficile/complexé.

C'est un message que l'on arrive facilement à faire passer concernant le tabac. Chaque tentative d'arrêt est un pas de plus vers la réussite du sevrage. Par des chemins plus sinueux et une approche plus complexe, c'est cette politique des petits pas qui fait progresser les usagers de drogues vers le mieux que l'on recherche avec la RdRD.

Il est par ailleurs important de comprendre que la RdRD est fondée sur des données scientifiques solides qui pour beaucoup datent de plus de 30 ans. Deux exemples importants ont marqué cette histoire.

Autorisation de la vente libre des seringues en pharmacie (1987)

Cette autorisation a été initiée durant l'épidémie de SIDA. Au cours des années 1980, le risque sanitaire majeur était la transmission de maladies infectieuses (le VIH et plus tard l'hépatite C) par l'utilisation de seringues non stériles. Une contamination massive par le virus du SIDA des usagers d'héroïne par injection a effectivement pu être observée à cette époque.

L'autorisation de la vente libre (et non plus avec ordonnance d'un médecin) de seringues en pharmacie, jusque-là interdite, constitue dès lors une mesure phare. Celle-ci est prise par décret du 13 mai 1987 par Michèle Barzach, ministre de la Santé et médecin ; la vente libre avait été interdite en 1972 par le gouvernement dirigé par Jacques Chaban-Delmas, dans le cadre de la « guerre à la drogue ». Cette action conduira à la stabilisation, puis à la réduction du nombre de consommateurs de drogues contaminés par le VIH. Ainsi, en 2020, la part des nouvelles contaminations du VIH par l'usage de drogues injectables est de 1,5 %, contre 53 % par les rapports hétérosexuels et 42 % lors de rapports sexuels entre hommes.

La vente libre des seringues en pleine épidémie de SIDA a permis de remettre en cause l'idée communément admise que les héroïnomanes en s'injectant des drogues « jouaient » avec la mort. Les consommateurs se sont au contraire emparés de cette possibilité de préserver leur vie, et ont massivement utilisé les seringues propres. C'est aussi le début dans le domaine des drogues illicites de ce qu'on appelle la pair-aidance : des usagers qui assurent un rôle de

transmission et de diffusion des bonnes pratiques de réduction des risques, dont celle de l'utilisation de seringues propres, et qui occupent encore aujourd'hui une place importante dans le domaine des drogues et de l'alcool.

Introduction des médicaments de substitution aux opiacés (1995)

Cette introduction a permis que les consommateurs d'héroïne ne souffrent plus du manque et que les professionnels, puissent mieux les accompagner sur le long terme vers une stabilisation de leur qualité de vie. Elle a aussi contribué à la réduction des surdoses mortelles.

En fait, la RdRD n'est qu'un élément de la politique de santé publique en direction des usagers de drogues, qui va de la prévention au soin. Elle s'inscrit donc dans une palette de réponses. La RdRD elle-même propose une pluralité d'interventions, en reconnaissant que l'arrêt de la consommation n'est pas possible pour certaines personnes, à certains moments de leur trajectoire, et qu'il faut alors mobiliser des leviers pragmatiques adaptés pour améliorer leur qualité de vie. La RdRD n'est pas déconnectée des autres politiques publiques puisqu'elle permet de réduire les conséquences négatives de la consommation de produits psychoactifs pour l'individu comme pour la société.

Les médicaments de substitution aux opioïdes ont par exemple permis de réduire les actes de délinquance pour une recherche de produits (agressions dans les pharmacies) et ainsi les incarcérations. Ils ont aussi contribué à réintégrer des usagers dans le monde du travail et la vie de famille.

Si on fait la comparaison avec la consommation de cocaïne ou de crack, force est de constater l'absence de médicaments de substitution. Or pour l'héroïne, l'association de ces deux mesures de RdRD - accès à des seringues propres et aux médicaments de substitution - a permis d'amplifier l'impact de cette politique.

Sans pour autant arrêter complètement la consommation de drogues, mais en permettant la maîtrise des consommations, le paysage de la question des drogues a été totalement modifié. Les « drogués », ceux que le Dr Olievenstein appelait les « toxicos », ont pu retrouver une place dans la société, place qu'ils revendiquaient.

Avant l'introduction des MSO (médicaments de substitution aux opiacés), l'alcool jouait pour certains ce rôle de substitution permettant de passer d'un usage de produit illicite à un produit licite, en réduisant éventuellement les risques sociaux, mais sans réelle réduction des risques sanitaires.

La RdRD ne s'oppose pas à l'approche par abstinence. Les politiques publiques ont soutenu la RdRD et les approches par abstinence via l'ouverture de communautés thérapeutiques.

Le parcours d'un usager de drogues n'étant pas un long fleuve tranquille, chaque usager doit pouvoir trouver ce dont il a besoin quand il en a besoin.

La RdRD, politique de santé publique inscrite dans la loi

Par la loi du 9 août 2004, la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue a été inscrite dans le code de la Santé publique qui indiquait qu'elle relevait de l'État et qu'elle visait à « prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants ».

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (article L3411-8 du code de la Santé publique) a conforté et précisé cette politique. Trois points peuvent être soulignés :

- La protection des intervenants qui respectent le cadre du référentiel national de RdRD – contre le délit d'incitation à la consommation de drogues.
- La possibilité d'utiliser l'analyse de drogues au bénéfice direct des usagers.
- L'autorisation de l'expérimentation des SCMR (salles de consommation à moindres risques), appelées dorénavant Haltes Soins Addictions (HSA).

La RdRD fait néanmoins l'objet d'idées reçues et de représentations négatives difficiles à lever et qui demandent une très grande pédagogie. La loi ne fait pas tout.

Parmi les idées reçues, on peut relever quelques exemples, toujours d'actualité :

- Il suffit d'un peu de volonté pour arrêter de consommer.
- En mettant à disposition des seringues propres, on incite à l'injection.
- Punir et obliger au sevrage des usagers de drogues est généralement efficace.
- Seule l'abstinence permet de sortir de la drogue.

Il a été démontré que toutes ces affirmations sont fausses.

Les idées reçues ne concernent pas que les professionnels de l'application de la loi mais tout autant, pour des raisons en partie différentes, les professionnels de santé, notamment aujourd'hui les soignants qui ne travaillent pas dans le domaine des addictions¹.

¹ Dans les années 1990, avant que la prescription des médicaments de substitution aux opiacés soit inscrite dans le cadre de la politique publique sur les drogues, nombre de psychiatres spécialisés en toxicomanie étaient opposés aux MSO, traitant les médecins généralistes prescripteurs (médecins « engagés ») de dealers en blouse blanche – certains de ces médecins généralistes qui prescrivaient de la buprénorphine hors autorisation de mise sur le marché du médicament, ont été poursuivis par la justice. À la même période, les psychiatres spécialisés en toxicomanie considéraient qu'il fallait que les usagers fassent eux-mêmes une demande de soins – donc pas d'« aller vers » et absence de possibilité pour les familles de prendre rendez-vous pour leur enfant.

Pourquoi ? Parce qu'il est encore très difficile pour chacun d'admettre que l'on puisse accompagner des personnes qui continuent à consommer sans les orienter d'emblée vers un projet de sevrage et d'abstinence et encore plus lorsqu'il s'agit d'injection.

Faire preuve de pédagogie

Il convient de rappeler que la politique de RdRD :

- Permet de préserver la santé, voire de garder en vie des personnes qui ne peuvent ou ne veulent pas arrêter leur consommation.
- N'est pas une politique permissive.
- Sans nier le caractère illicite de certains usages, cette politique permet de considérer l'addiction / la dépendance comme une maladie chronique.

La Mildeca, par son approche interministérielle, s'attache à lever les incompréhensions et les malentendus auprès des différents acteurs dans les divers champs concernés, y compris vis-à-vis des professionnels de santé.

L'expérimentation des Salles de consommation à moindre risque a été un bon exemple d'une approche pédagogique réussie.

Au niveau national, des échanges ont eu lieu avec les trois administrations concernées : santé, justice, intérieur. Cela se manifeste notamment par la rédaction commune du cahier des charges et d'un dialogue constructif avec la Direction des Affaires Criminelles et des Grâces (DACG), en amont de la rédaction de la circulaire de politique pénale nationale. Un Comité de pilotage national continue à se réunir sous la coordination de la Mildeca.

Au niveau local, tant à Strasbourg qu'à Paris, le travail de pédagogie a permis de faire travailler sur des objectifs partagés des intervenants et des professionnels de la réduction des risques, des policiers, des magistrats et des élus. Parmi les éléments qui ont favorisé la réussite, on notera l'organisation de portes ouvertes des salles, de comités de voisinage associant tous les acteurs, permettant d'adapter l'expérimentation au fil de l'eau et de proposer des solutions aux difficultés rencontrées, ou encore la formation de policiers par les acteurs de la SCMR.

Les difficultés que nous rencontrons actuellement pour déployer les HSA ne doivent pas faire oublier tout ce travail qui a permis de dépasser les représentations et les idées reçues sur l'usage et les usagers de drogues et de faire évoluer de manière positive l'opinion publique sur les HSA. Ce travail doit être poursuivi.

À cela s'ajoutent les résultats issus d'une évaluation scientifique indépendante menée par l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale), qui rejoignent les données internationales et indiquent des effets positifs sur

la santé : baisse des infections au VIH et au virus de l'hépatite C, des complications cutanées dues aux injections et des overdoses ; diminution des passages aux urgences ; coûts médicaux importants évités et absence de détérioration de la tranquillité publique liée à l'implantation des salles, baisse notable des seringues usagées retrouvées sur la voie publique.

Pour terminer, on peut encore observer que des difficultés liées aux représentations dans d'autres domaines où la RdRD aurait - ou a - sa place, persistent et demandent encore beaucoup de pédagogie :

- Les rassemblements festifs non autorisés du type Teknival. Y participent des personnes souvent non dépendantes mais dont les pratiques s'avèrent néanmoins dangereuses. Des consommations de drogues de synthèse dans des rassemblements festifs autorisés, qui peuvent conduire à des décès de personnes très jeunes, peuvent aussi survenir.
- Le milieu carcéral, avec la nécessité d'une adaptation des modalités aux spécificités du milieu fermé.

Enfin, l'usage de crack, avec ses scènes ouvertes qui cristallisent actuellement les tensions.



Le glissement paradigmatique du concept de *Réduction des Risques*

Benjamin ROLLAND

Professeur, psychiatre, addictologue, responsable du Service Universitaire d'Addictologie de Lyon (SUAL), Hospices Civils de Lyon, CH Le Vinatier, Faculté de Médecine Lyon-Sud, Université Claude Bernard Lyon 1, chercheur en neuropsychopharmacologie, équipe PSY-R2, INSERM U1028, CNRS UMR 5292, Centre de Recherche en Neurosciences de Lyon (CRNL)

Introduction

Le concept de Réduction des Risques (RdR) désigne un ensemble de stratégies visant à diminuer les risques et dommages liés à l'usage des substances psychoactives, dans le respect des préférences des personnes concernées (Harm Reduction Coalition, 2024). Même si elle reste constamment menacée, notamment par ceux qui la dépeignent comme un « encouragement tacite » à l'usage de drogues (Massé & Mondou, 2013), la RdR s'est progressivement imposée comme une évidence chez une très grande partie des acteurs concernés, à commencer par le champ médical, qui a pourtant été considéré historiquement comme majoritairement résistant au concept, notamment lors de l'arrivée des traitements agonistes opioïdes dans les années 1990 (voir par exemple Guillet JY, 2012).

À l'inverse, aujourd'hui, le concept de RdR est considéré comme un « *gold-standard* », à tel point qu'il a progressivement été utilisé pour désigner des actions de santé publique ou de soins très éloignées des programmes originels qui l'ont vu naître. C'est ce glissement conceptuel progressif que nous allons tenter d'explorer ici, non pour le critiquer, ni pour le saluer, mais surtout pour mettre en exergue que cette évolution s'est faite sans réel débat des acteurs concernés, du moins en France, et que tous n'ont pas forcément conscience des écarts conceptuels contemporains existant autour du terme de RdR, écarts qui peuvent parfois être source de confusion entre les acteurs.

La prévention tertiaire, racine historique de la Réduction des Risques

Lorsqu'elle est née dans les années 1990, la RdR s'est avant tout constituée autour d'un ensemble de mesures de prévention tertiaire, c'est-à-dire destinées à limiter les conséquences négatives de l'usage de drogues, chez des personnes qui, au départ, n'étaient pas forcément dans une démarche de réduction ou d'arrêt de leur consommation. Ces approches pragmatiques, qui ont constitué la RdR « originelle », ont d'abord constitué une réponse pour tenter de limiter la propagation de l'épidémie de SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise), à une époque où les modèles d'aide aux « toxicomanes » étaient uniquement tournés vers le sevrage. C'est ainsi que se sont diffusés les premiers programmes d'échanges de seringues (Stimson et al.,

1988), la distribution de matériels stériles, ou encore l'éducation à une préparation et à un usage moins risqué des drogues, en particulier des drogues injectables (Jauffret-Roustide et Chappart, 2012).

D'autres déclinaisons similaires de ces approches de prévention tertiaire se sont développées peu après celles visant à réduire les transmissions infectieuses. Ce fut le cas notamment des programmes de réduction du risque de surdoses, qui intègrent le concept des kits de « *take-home* » naloxone dès le milieu des années 1990 (Strang et al., 1996), mais également, du moins à l'international, des programmes de formation des usagers et de leurs proches, qui dépassent largement la question de l'usage de naloxone, et intègrent une formation sur l'effet des différentes substances, le repérage clinique de signes de surdose, et un apprentissage de l'ensemble des attitudes à adopter en cas de surdose chez un pair ou un proche, dont l'usage de naloxone n'est qu'un aspect parmi d'autres. Dans la même veine, le « *testing* » des substances, qui vise à déterminer la composition des produits achetés par les usagers, afin que ceux-ci soient au courant de ce qu'ils consomment, s'est développé d'abord en milieu festif, puis dans des situations d'usage plus diversifiées, notamment dans certaines structures de RdR (Dos Santos & Roux, 2020).

Bien que l'approche RdR se soit élargie à bien d'autres aspects du champ de la santé publique, cette racine historique de la prévention tertiaire dans l'usage de drogue, et surtout le fait que ces mesures soient réservées à des usagers qui ne sont pas dans une démarche de soins addictologiques, c'est-à-dire, de réduction ou d'arrêt de leurs usages, reste particulièrement ancré dans la représentation de ce qu'est la RdR pour certains acteurs.

Une illustration de cela est la définition donnée sur le site du ministère de la Santé, qui stipule que « *la politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogue vise à prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants* ».

La ministère affirme en outre que « *Les principales actions de réduction des risques aujourd'hui sont : la diffusion de messages de prévention, la mise à disposition de matériel stérile, l'expérimentation des salles de consommation à moindre risque, et la médiation sociale* ».

Le site de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et Conduites Addictives (MILDECA) précise également que « *l'arrêt de la consommation n'est pas possible pour certaines personnes, à certains moments de leur trajectoire, et qu'il faut alors mobiliser des leviers pragmatiques et adaptés [la RdR] pour améliorer leur qualité de vie* ». On voit donc que l'État français a une conception « historique » de la RdR, c'est-à-dire centrée sur la prévention tertiaire des conséquences de l'usage de drogues, et plus particulièrement pour les personnes qui ne sont pas dans une démarche d'arrêt.

L'évolution du concept de RdR vers un principe éthique et globalisant

Depuis une quinzaine d'années, la RdR s'est généralisée à d'autres secteurs de la santé publique, et concerne désormais toute mesure qui vise à diminuer les risques, y compris lorsque cela implique un projet de réduction ou d'arrêt des consommations. Ainsi, dans le champ des soins addictologiques, les accompagnements de « réduction de consommation », qui visent à accompagner un projet de décroissance encadrée des usages, ont été estampillés comme de la RdR.

C'est en particulier le cas pour l'alcool, substance pour laquelle des programmes de soins pour personnes avec addiction visant à diminuer la consommation sont apparus il y a une quinzaine d'années, avec le label « RdR » (Poloméni, 2022). Même l'arrêt complet des consommations (« abstinence ») chez les personnes avec addiction, est désormais considéré comme l'une des options possibles de la RdR (Harm Reduction Coalition, 2024), alors que, originellement, la RdR est née en opposition avec les logiques de soins des années 1990, dans lesquelles l'abstinence était le seul projet d'accompagnement entendable.

Au-delà du soin aux personnes atteintes d'addiction, la RdR s'est également étendue dans l'autre sens, c'est-à-dire à la prévention secondaire voire primaire, et notamment dans le champ de l'alcool, à travers des campagnes de prévention grand public, telles que le *Dry January* (en France, *défi de janvier*), qui vise à promouvoir des périodes d'arrêt temporaire de la consommation d'alcool en population générale, avec un objectif global de santé publique de diminution durable de la consommation moyenne, et de prise de conscience des effets délétères de l'alcool sur la santé et la qualité de vie (de Ternay et al., 2022).

Ainsi, les principes de la RdR se sont tellement imposés depuis 30 ans, qu'on est en droit de se demander quels types d'interventions ne relèvent pas de la RdR aujourd'hui. Toutes les actions qui visent à limiter les conséquences des usages, mais aussi toutes celles qui proposent de diminuer ou d'arrêter la consommation de substances, s'en réclament désormais. Dès lors, qu'est-ce qui serait une intervention dans le champ des usages ou des addictions qui ne serait pas de la RdR ? Le principe de faire avec l'utilisateur « où il en est » (Harm Reduction Coalition, 2024), c'est-à-dire, quel que soit son rapport à la consommation, comme le prônait déjà le fameux « *come as you are* » de Marlatt (Marlatt, 1996), est-il un critère contemporain qui permet de distinguer des actions médicales RdR vs. des actions « non-RdR » ? Pas sûr, car, dans la médecine contemporaine, les actions de soins et de prévention doivent désormais impérativement impliquer les usagers et/ou les patients, à travers notamment le concept de « patient-acteur » (Mougeot et al., 2018).

Dès lors, des interventions qui ne prendraient pas en compte l'avis et les attentes des usagers ne pourraient être considérées comme conformes aux standards de qualité attendus dans la médecine moderne. Dans la même veine,

l'un des principes de la RdR est de soutenir la décriminalisation des usagers de drogues, non pas pour « encourager la consommation », comme cela peut être dit par les opposants, mais parce que les partisans des approches RdR estiment que la criminalisation de l'usage limite les interventions de support et augmente ainsi les dommages et les conséquences négatives des usages de substances (Jauffret-Roustide, 2012).

Conclusion

Ce sont donc désormais davantage des principes éthiques généraux qui définissent les contours de la RdR, plutôt que des critères techniques visant à définir le type d'interventions (prévention, soins addictologiques, etc.) qui relèveraient ou non de ce concept. L'approche moderne globalisante peut paraître évidente pour certains, mais force est de constater que le terme de RdR a connu une évolution conceptuelle progressive au cours des dernières années, évolution qui a été relativement peu théorisée ou en tout cas explicitée lors de colloques ou dans des articles scientifiques. Cela est parfois à l'origine de confusions ou quiproquos sur ce qui est ou n'est pas de la RdR.

Ainsi, comme illustré plus haut, l'État français semble avoir une vision assez originelle du concept (au moins dans son affichage internet), qu'il cantonne aux actions de prévention tertiaire visant à limiter les conséquences de l'usage de drogues, pour des personnes qui ne sont pas dans une démarche de réduction ou d'arrêt. De la même façon, certains acteurs du champ ont contesté que les approches de réduction de consommation constituent de la RdR, au sens où eux l'entendaient, c'est-à-dire dans une approche originelle d'accompagnement des consommations (Foucaud, 2023). D'ailleurs, dans le système français, les approches de prévention des conséquences de l'usage, d'une part, et de soins addictologiques, d'autre part, sont relativement séparées. Même si les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) ont des actions de RdR « classique », donc de prévention tertiaire, ils ont une action préférentiellement tournée vers les soins addictologiques, tandis que ce sont les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD), qui sont davantage en charge des actions d'accompagnement à l'usage.

Des discussions apparaissent dès lors nécessaires, non pas forcément pour trancher définitivement sur ce qu'est ou n'est pas la RdR, mais pour que les personnes qui s'intéressent à ce concept comprennent que sa définition a évolué et qu'il existe probablement une pluralité d'opinions entre les tenants d'une approche historique, qui souhaitent parfois rappeler que le cœur de la RdR est d'accompagner les usages, sans se poser la question de les modifier, tandis qu'une autre approche plus récente intègre à la RdR des projets de réduction encadrée ou d'arrêt des usages, ce qui relève d'ailleurs, dans le champ des addictions, d'un projet de soin addictologique, sujet qui était par nature étranger aux actions de RdR.

Bibliographie

De Ternay J, Leblanc P, Michel P, Benyamina A, Naassila M, Rolland B. One-month alcohol abstinence national campaigns: a scoping review of the harm reduction benefits. *Harm Reduct J*. 2022; 19(1):24.

Dos Santos M, Roux P. L'analyse de drogues en France, un état des lieux. *SWAPS*. 2021; 95: 5-7. <https://vih.org/wp-content/uploads/2020/11/SWAPS95.pdf>

Foucaud G. *Veut-on dissoudre la RdR dans l'alcool?* Le Flyer, 2023. <https://leflyer.org/les-articles-du-flyer/gilles-foucaud/veut-on-dissoudre-la-rdr-dans-lalcool/>

Guillet JY. *Les médecins et la substitution*. Pratique 2012 ; 58. <https://pratiques.fr/Les-medecins-et-la-substitution>

Harm Reduction Coalition. *Principles of Harm Reduction*, 2024. <https://harmreduction.org/about-us/principles-of-harm-reduction/>

Jauffret-Roustide M, Chappard P. Concepts et fondements de la réduction des risques. In *L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie* ; 2012, Dunod, 360 p.

Marlatt GA. Harm reduction: come as you are. *Addict Behav*. 1996; 21(6):779-88.

Massé R, Mondou I. *Réduction des méfaits et tolérance en santé publique. Enjeux éthiques et politiques*, 2013. Presse Universitaire de Laval.

Mougeot F, Robelet M, Rambaud C, Occelli P, Buchet-Poyau K, Touzet S, Michel P. L'émergence du patient-acteur dans la sécurité des soins en France : une revue narrative de la littérature entre sciences sociales et santé publique. *Santé Publique*. 2018; 30(1):73-81.

Poloméni P. Réduction des dommages associés à la consommation d'alcool. *SWAPS* 2022 ; <https://vih.org/drogues-et-rdr/20220119/reduction-des-dommages-associes-a-la-consommation-dalcool/>

Stimson GV, Alldritt L, Dolan K, Alldritt L, Dolan K, Donoghoe M. Syringe exchange schemes for drug users in England and Scotland. *BMJ* 1988; 296(6638):1717-9.

Strang J, Darke S, Hall W, Farrell M, Ali R. Heroin overdose: the case for take-home naloxone. *BMJ* 1996; 312(7044):1435-6.



Où commence et où s'arrête la RdR ? Le cas des États-Unis

Honora ENGLANDER

Médecin

Professeure de médecine, Oregon Health & Science University, Portland, OR, USA

Université de Lyon, SUAL

Aux États-Unis, plus de 100 000 personnes meurent d'overdose chaque année, et beaucoup plus meurent à cause d'autres complications liées à la consommation de drogues^{1,2}. La quatrième vague de la crise des opiacés aux États-Unis est caractérisée par des opioïdes synthétiques ultrapuissants (par exemple le « fentanyl ») et des stimulants (cocaïne, méthamphétamine...) qui dominent le marché des drogues non réglementées en Amérique du Nord³. Les problèmes de décès sont apparus de manière inédite avec le fentanyl, qui a mis à rude épreuve les systèmes de soins et la réduction des risques^{4,5,6}.

Malgré leur efficacité, la méthadone et la buprénorphine restent largement sous-utilisées et l'accès à la méthadone est très restreint. Moins de 20 % des Américains qui ont besoin des TSO (traitements de substitution aux opiacés) les reçoivent, contre 87 % en France^{7,8,9}. Des réformes historiques sont en cours pour changer les politiques américaines sur les TSO, mais il reste à savoir si ces

¹ Centers for Disease Control and Prevention NCFIPaC. Updated August 22, 2023. <https://www.cdc.gov/drugoverdose/deaths/index.html#:~:text=Opioids%20were%20involved%20in%2080%2C411.and%20without%20synthetic%20opioid%20involvement>

² King C, Cook R, Korthuis PT, Morris CD, Englander H. Causes of Death in the 12 Months After Hospital Discharge Among Patients With Opioid Use Disorder. *J Addict Med*. Jul-Aug 01 2022;16(4):466-469. doi:10.1097/adm.000000000000091

³ Friedman J, Shover CL. Charting the fourth wave: Geographic, temporal, race/ethnicity and demographic trends in polysubstance fentanyl overdose deaths in the United States, 2010-2021. *Addiction*. Sep 13 Epub Sept 13 2023. doi: 10.1111/add.16318;doi:10.1111/add.16318

⁴ Volkow ND. The epidemic of fentanyl misuse and overdoses: challenges and strategies. *World Psychiatry*. Jun 2021;20(2):195-196. doi:10.1002/wps.20846

⁵ Fiellin DA. Buprenorphine Initiation in the Era of High-potency Synthetic Opioids: A Call for Community-based Participatory Research to Help Learning Health Systems Provide Precision Medicine for Opioid Use Disorder. *Journal of Addiction Medicine*. 2022;16(6):e348-e349. doi:10.1097/adm.0000000000001007

⁶ Englander H, Thakrar AP, Bagley SM, Rolley T, Dong K, Hyshka E. Caring for Hospitalized Adults With Opioid Use Disorder in the Era of Fentanyl: A Review. *JAMA Intern Med*. Apr 29 2024;doi:10.1001/jamainternmed.2023.7282

⁷ Krawczyk N, Rivera BD, Jent V, Keyes KM, Jones CM, Cerdá M. Has the treatment gap for opioid use disorder narrowed in the U.S.?: A yearly assessment from 2010 to 2019. *Int J Drug Policy*. 2022/08/04/ 2022:103786. doi:<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2022.103786>

⁸ Jones CM, Han B, Baldwin GT, Einstein EB, Compton WM. Use of Medication for Opioid Use Disorder Among Adults With Past-Year Opioid Use Disorder in the US, 2021. *JAMA Network Open*. 2023;6(8):e2327488-e2327488. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.27488

⁹ OFDT. Traitements de Substitution aux Opioids en France, Bilan 2023. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/TabTSO230418.pdf>

réformes seront adoptées, et le changement de prise en charge nécessitera le développement de nouvelles stratégies^{10,11}.

Historiquement, la politique des drogues des États-Unis a été caractérisée par la « guerre contre les drogues », qui privilégie uniquement les politiques d'abstinence, la criminalisation et la stigmatisation de la consommation de drogues, à la fois comme moyen de contrôle social et comme stratégie politique.

Les politiques du président Nixon, qui a déclaré en 1971 que les drogues étaient « *Public enemy number 1* » (l'« ennemi public numéro 1 ») des États-Unis, ont le mieux illustré cette orientation. Il s'agissait d'une stratégie politique – pas de santé publique – visant spécifiquement à susciter la peur envers les libéraux anti-guerre et les Noirs¹². Ainsi, lorsqu'on parle de RdR (réduction des risques) aux États Unis, il s'avère nécessaire de comprendre qu'on n'évoque pas seulement les dommages des drogues, mais aussi les dommages causés par les politiques de drogues. Aux États-Unis, le RdR est née comme un mouvement social, lancé par des gens courageux qui en avaient assez de voir leurs proches souffrir et mourir.

Autre contexte fondamental aux USA : les États fédérés ont un pouvoir très important et de grandes différences régionales existent. Par exemple, 12 États sur 50 criminalisent la distribution de seringues pour usage de drogues illégales, y compris les États ayant des taux élevés de VIH¹³.

En général, la RdR aux États-Unis est considérée comme distincte du rétablissement et du « *treatment* », qui reposent sur l'idée de l'abstinence. Cela a des implications importantes. Par exemple, la méthadone et la buprénorphine dans un paradigme non-RdR impliquent le dépistage urinaire de drogues fréquent, l'administration supervisée de méthadone avec obligation de se rendre quotidiennement à la clinique (OTP : *Opioid Treatment Programs*), réduction de la dose ou arrêt du traitement pour consommation de substances, aucune distribution de seringues ou de naloxone, et stigmatisation du fait de l'usage de ces médicaments parmi les soignants et les personnes qui consomment les drogues¹¹.

De plus, les Alcooliques Anonymes (AA)/Narcotiques Anonymes (NA) et les groupes d'autosupport rejettent parfois la Réduction des Risques. Aux États-Unis, AA et NA sont des groupes libres et largement accessibles qui suivent les

¹⁰ S.644 - Modernizing Opioid Treatment Access Act (M-OTAA). Accessed March 20, 2024, <https://www.congress.gov/bill/118th-congress/senate-bill/644?q=%7B%22search%22%3A%22S+644%22%7D&s=1&t=14>

¹¹ Simon C, Vincent L, Coulter A, et al. The Methadone Manifesto: Treatment Experiences and Policy Recommendations From Methadone Patient Activists. *Am J Public Health*. Apr 2022;112(S2):S117-s122. doi:10.2105/ajph.2021.306665

¹² Baum D. Legalize It All. *Harper's Magazine*. 2016

¹³ Davis CS, Carr DH. Repealing State Drug-Paraphernalia Laws - The Need for Federal Leadership. *N Engl J Med*. Oct 13 2022;387(15):1344-1346. doi:10.1056/NEJMp2207866

douze étapes et qui abordent le développement spirituel et la croissance personnelle. Ils peuvent fournir des niveaux forts de soutien social dans de bonnes conditions. Cependant, l'opposition envers les TSO et la RdR est courante : certains groupes interdisent aux personnes utilisant les TSO de prendre la parole lors des réunions, ils encouragent une durée réduite du traitement par TSO, ils refusent de donner la parole aux personnes utilisant les TSO, ou ils refusent de laisser les personnes utilisant les TSO réclamer un temps de sobriété¹⁴.

Finalement, isoler la RdR en tant que pratique distincte peut donc être nocif. Pour améliorer la santé aux États-Unis, il faudrait ainsi davantage d'efforts pour intégrer la RdR à l'ensemble des soins¹⁵.

¹⁴ Gannon K, Pisman E. "Knowing or not knowing": Living as harm reductionists in Twelve Step recovery. *J Subst Use Addict Treat*. Feb 2023;145:208954. doi:10.1016/j.josat.2023.208954

¹⁵ Taylor JL, Johnson S, Cruz R, Gray JR, Schiff D, Bagley SM. Integrating Harm Reduction into Outpatient Opioid Use Disorder Treatment Settings : Harm Reduction in Outpatient Addiction Treatment. *J Gen Intern Med*. Dec 2021;36(12):3810-3819. doi:10.1007/s11606-021-06904-4



La réduction des risques : un mouvement perpétuel

Catherine DUPLESSY – SAFE

Michel MAU – Playsafe

Jean-Michel GAULIER – Laboratoire de toxicologie du CHU de Lille

Anne BATISSE – CEIP, Addictovigilance de Paris

Certaines façons de consommer les drogues sont clairement moins à risque que d'autres. Les stratégies cliniques pratiques fondées sur des preuves comprennent l'augmentation de la disponibilité de la naloxone, le développement de programmes d'échange de seringues ou la mise en œuvre de toutes les techniques qui réduisent les risques associés à la consommation de drogues, tels que les surdoses et la transmission des infections (VIH et VHC). C'est ce qu'on appelle la réduction des risques et des dommages (RdR-D). Une démarche en perpétuel mouvement qui évolue avec les usages, et surtout avec les usagers.

Les dernières années ont été marquées en France par le développement des nouveaux produits de synthèse (NPS) ainsi que par une crise de la cocaïne, notamment sous sa forme basée. En parallèle, la crise des opioïdes en Amérique du Nord a conduit à la diffusion massive de la naloxone auprès des usagers d'opiacés, en cas d'une éventuelle propagation du phénomène en Europe.

Ces différents contextes engagent la recherche et des évolutions en RdR-D. Ce mouvement perpétuel de la réduction des risques est illustré ci-dessous par des travaux utilisant les principes de recherche participative et « d'aller vers », que ce soit sur le terrain ou sur Internet.

L'étude PROPICE (PROjet pilote de Pipes à Crack Expérimentales)

L'inhalation est l'un des modes de consommation de substances psychoactives les plus répandus (nicotine... et cocaïne base, héroïne, méthamphétamine, NPS, médicaments...) alors même que la voie inhalée est également la voie d'administration la plus rapide pour le cerveau, plus rapide que la voie intraveineuse. De par ses caractéristiques, cette voie participe donc à l'addictogénicité des produits. En théorie, toutes les substances psychoactives thermorésistantes peuvent être inhalées ; c'est pourquoi la réduction des risques et des dommages sur cette voie est à privilégier actuellement.

En France, la cocaïne est aujourd'hui la drogue illicite la plus consommée après le cannabis, et la tendance de consommation sous forme de crack (ou free base) est en hausse dans des milieux de plus en plus diversifiés. Il est important

de comprendre que l'utilisation du crack présente des dangers uniques qui ne se produisent pas lorsque l'on sniffe la cocaïne. En premier lieu, le risque de dépendance à la cocaïne est plus élevé lorsqu'on la fume (risque supplémentaire en lien à la pharmacocinétique du produit). Mais au-delà de l'addiction, les risques liés à la méthode d'inhalation sont documentés. Depuis plus d'une dizaine d'années, plusieurs études de terrain ont montré que l'inhalation se faisait via des outils artisanaux qui entraînaient notamment des blessures aux mains, des coupures aux doigts, des mycoses, des brûlures des lèvres...véritables portes ouvertes à toutes sortes d'infections et notamment l'hépatite C. C'est sur ce constat que le premier outil d'inhalation a été développé, puis évalué à travers la conception du « Kit Base® » en 2008.

Mais qu'en est-il en vie réelle ? les équipes de SAFE¹, au contact des « crackeurs », rapportent la persistance des coupures/brûlures notamment avec la grille métallique ou avec le tube en verre, une pratique de grattage du tube au couteau (le « Paris-Marseille »), des « crachats noirs », des embouts en silicone mal utilisés... C'est à partir de ces constats que le projet PROPICE est né. C'est un projet multipartenaire qui souhaite faire évoluer la RdR-D autour du crack par l'analyse des risques liés à la pratique d'utilisation des « pipes à crack » en circulation, et le développement d'un kit pour compléter l'offre d'outils de RdR-D accessibles.

Les principaux résultats sont les suivants :

(1) Le risque pulmonaire : l'étude d'ingénierie autour des outils d'inhalation met l'accent sur l'incompatibilité entre certains matériaux (pipes en plastique, foyers en paille de cuivre, aluminium, fil d'inox) et l'utilisation d'une source de chaleur de hautes températures. Ainsi, aucun plastique ne peut rester intègre au-dessus de 170°C. Par ailleurs, les grilles métalliques utilisées ne répondent à aucune norme. La structure en fil métallique est moins résistante thermiquement qu'une plaque et les données de physique thermique laissent à penser qu'un fil fin se dégradera plus rapidement. L'hypothèse formulée ici est que la grille métallique pourrait se dégrader et impliquer une inhalation de métaux, participant aux complications pulmonaires (notamment chez les usagers compulsifs). L'analyse des métaux réalisée sur un filtre cellulose placé au niveau de l'embout buccal de la pipe confirme une libération de chrome, de fer, de nickel, de cuivre et de manganèse (constituants de la grille métallique). La microanalyse montre également une déformation du fil d'inox et le relargage de particules de fer. Après plusieurs cycles de chauffe, une déformation supplémentaire du fil de la grille métallique est aussi rapportée. Ainsi, plus la grille métallique est utilisée, plus elle se dégrade et plus l'usage est à risque de par ces expositions à des métaux. Par ailleurs, l'auto-questionnaire diffusé auprès des usagers apporte des arguments en faveur de l'usage préférentiel de bicarbonate de soude pour le basage : un signal fort avec 60 % des usagers qui rapportent des complications avec l'ammoniaque (prise accidentelle, brûlures,

¹ Association de RdR-D à distance [Home \(safe.asso.fr\)](http://safe.asso.fr)

inhalation) *versus* 6 % avec le bicarbonate de soude. Enfin, les pathologies pulmonaires déclarées par les usagers sont importantes avec une prévalence forte, notamment, pour l'asthme, le pneumothorax et les problèmes cardio-respiratoires qui sont à placer au regard du relargage de métaux.

(2) Les risques bactériens : les bactéries peuvent se développer de la même façon sur les embouts buccaux qu'ils soient en silicone ou en carton. De même, les germes pathogènes ont été identifiés sur tous les embouts « usagés » analysés (carton et silicone). Les embouts en silicone (matière résistante) sont gardés longtemps dans des conditions non hygiéniques, contrairement au carton. Le partage du carton est moins probable car celui-ci est hydrofuge, il va se mouiller avec la salive dès la première utilisation. Ainsi, il est conseillé de privilégier l'utilisation d'embouts en carton à usage unique.

(3) Le nouvel outil participatif de SAFE : la pipe universelle, co-construite avec les usagers, les intervenants, les usagers pairs et les structures de prise en charge (104 au niveau national) évite l'utilisation de supports de chauffe métallique, propose l'embout buccal JTE (Jette Ton Embout) en carton et inclut un véritable filtre en cellulose (55 g/m²) sur l'embout buccal. L'étape d'évaluation du nouvel outil rapporte des retours à la fois positifs et négatifs, mais surtout la nécessité d'apprivoiser l'outil. La phase de prise en main de cet outil représente une démarche volontaire avec la nécessité de changer les habitudes. Il s'agit d'un processus dynamique dont il faut respecter la temporalité à la fois des usagers et des équipes supports. La peur persistante de perdre du produit pour les usagers est également un frein mis en évidence qui doit être travaillé avec l'utilisateur par les équipes de terrain.

L'étude PROPICE est donc l'aboutissement d'une co-construction pour un outil de RdR-D avec les usagers eux-mêmes et leurs validations. Le challenge réside dans la conduite du changement et la nouveauté pour les usagers. Cependant, ce changement constitue une opportunité « d'aller-vers » des équipes de RdR-D. La distribution de ce nouveau matériel pourrait permettre d'atteindre des nouveaux groupes d'utilisateurs.

Ce que nous apprend l'étude PROPICE est que l'instauration de normes pour l'ensemble des outils de RdR-D serait une garantie de sécurité pour les utilisateurs et permettrait une indépendance dans leurs choix. De même, une surveillance des complications en lien avec leur usage en vie réelle sous forme d'une vigilance spécifique des matériels de consommation à moindres risques permettrait de mieux protéger. La dynamique opérée par l'étude PROPICE est bien d'améliorer un existant qui a aujourd'hui plus de 15 ans. Le constat apporté par PROPICE est l'amélioration continue de la RdR-D en suivant un processus d'évaluation/ validation/ surveillance en vie réelle : continuer d'écouter l'utilisateur sur ses besoins et les améliorer. Continuer la recherche RdR-D sur le matériel d'inhalation, c'est également garder un lien et une démarche « d'aller-vers » qui allie trois temps : celui de la création de l'outil, celui de

l'appropriation de l'outil et enfin le temps de l'accompagnement au changement.

L'étude chemsex et RdR

Dans un tout autre contexte, le chemsex a constitué un challenge pour la réduction des risques ces dernières années. L'arrivée des NPS a profondément changé le monde des drogues dites traditionnelles avec une multiplication des produits et de leurs effets. Les achats sur Internet (très différents du deal de rue), associés à des prix modiques, ont favorisé une expansion d'usage dans un monde sans connaissance des risques sur ces produits au début des années 2010. En parallèle, la pratique du « slam » et du chemsex plébiscitent l'usage des cathinones de synthèse, l'une des catégories de NPS les plus retrouvées en France. Le chemsex se définit par l'usage de substances psychoactives avant ou pendant le sexe afin d'améliorer performance, durée et plaisir sexuel et s'observe notamment dans la population des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). Le « slam » désigne quant à lui l'injection de substances psychostimulantes dans ce même contexte sexuel, et bien que minoritaire, cette pratique implique des complications cliniques très sérieuses. En France, les données d'addictovigilance indiquent une augmentation de la pratique du chemsex/slam avec une diffusion à l'ensemble du territoire et à toutes les classes d'âge depuis 2014. Les principales complications concernent les troubles liés à l'usage de substances, les intoxications aiguës avec une atteinte neurologique ou cardiovasculaire, les troubles psychiatriques et les infections virales et bactériennes. Une augmentation du nombre de décès en lien est également à déplorer.

Cette pratique, et notamment le slam, rend difficile la prise en charge médicosociale qui manque de connaissance sur la problématique au début des années 2010. L'outil « analyse de produit » a semblé alors utile dans ce contexte. L'objectif de cet outil est de permettre un contact avec les usagers pour les informer en attirant notamment leur attention sur la toxicité des drogues analysées ou la présence de produits de coupe potentiellement nocifs. Ce moment d'échange permet également aux usagers d'informer les équipes sur leur préoccupations positives ou négatives.

Ce programme de RdR-D se décline en 3 étapes :

- (a) La collecte d'échantillons de produits psychoactifs.
- (b) Une analyse toxicologique spécifique par détection en spectrométrie de masse.
- (c) La restitution des résultats en « focus groupe ».

Les principaux résultats sont les suivants :

(1) Variabilités qualitatives et quantitatives des échantillons

De janvier 2016 à décembre 2017, 66 échantillons ont été collectés, principalement des stimulants représentés par des cathinones de synthèse et

autres phénéthylamines. Nouvelles benzodiazépines de synthèse, cocaïne, kétamine et médicaments correcteurs de l'érection vendus sur Internet ont également été collectés. L'analyse toxicologique montre une inadéquation entre le produit attendu et le contenu réel dans 15 % des cas, qui correspond soit à une autre substance de la même classe (par exemple du 3-MMC à la place de la 4-MEC), soit à une substance d'une autre classe (par exemple un hallucinogène à la place d'un stimulant). Le point le plus remarquable demeure la variabilité quantitative des échantillons allant de 11 à 88 % sur 13 échantillons de 3-MMC (moyenne de 56 % ± 33 %) et de 13 à 100 % sur 18 échantillons de 4-MEC (moyenne de 60 % ± 29 %). Sachant que l'achat sur Internet représente pour les usagers un gage de qualité, ces résultats constituent un signal fort de prise de conscience. Par ailleurs, aucun produit de coupe actif n'a été retrouvé dans les échantillons.

(2) Focus groupes : retours des usagers

Les focus groupes ont permis de réunir 38 usagers autour des résultats d'analyse et de faire émerger une multitude de sujets d'intérêt ou préoccupations pour les usagers. La « carte mentale » élaborée à partir des échanges est illustrée dans la figure 1.

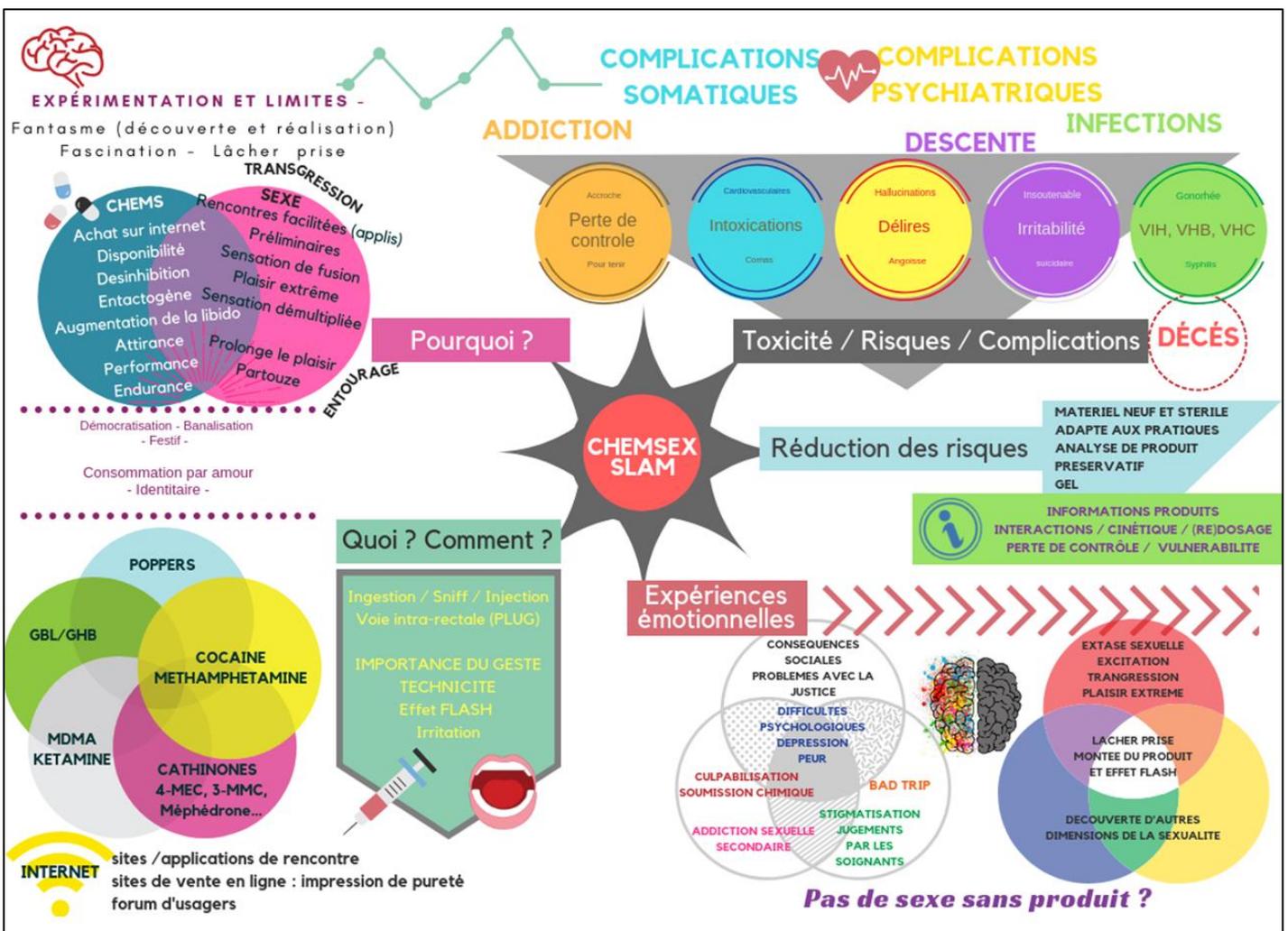


Figure 1 : « Carte mentale » élaborée à partir du focus groupe "rendu des résultats"

Il en ressort des thématiques classées en 4 groupes principaux :

- a) Le « comment ? »
- b) La question sur la toxicité amène à discuter des « risques du chemsex ? »
- c) L'évocation des risques est contrebalancée par le « pourquoi » ? (ou motif de la pratique)
- d) Retour sur les « expériences émotionnelles » positives ou négatives : des échanges qui créent le lien.

Les échanges soulignent la nécessité d'aborder la problématique du slam sans jugement ni stigmatisation pour permettre la transparence des échanges. La prise en compte des sujets d'intérêt pour l'utilisateur (la forme, le mode d'obtention et la voie d'administration) pour garantir le meilleur effet et de la manière plus sûre, constitue une porte d'entrée vers la relation d'aide. Enfin, l'évocation des émotions positives ressenties et des effets négatifs éprouvés doit être prise en compte comme un symptôme.

Pour conclure, cette étude est éclairante à la fois sur la variabilité qualitative et quantitative des stimulants utilisés dans la pratique du chemsex/slam et sur la démonstration de l'intérêt de l'analyse comme outil de RdR dans la pratique du « slam ». La carte mentale élaborée illustre la richesse des thèmes abordés à travers les résultats d'analyse et permet de mettre en évidence les réels sujets d'intérêt et de préoccupation des usagers. L'approche par la connaissance du produit et de sa variabilité permet une première interaction avec le soin. Cette étude illustre l'importance de la recherche participative et l'intérêt du dispositif d'analyse des drogues qui va bien au-delà de la remise de résultats de l'analyse, en offrant aux usagers un espace de parole libre, sans jugement ni déni des effets positifs ressentis, et qui soit à l'écoute de leurs besoins spécifiques.

La naloxone et vous

En France, 503 décès sont rapportés dans l'enquête de l'année 2019 « Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments et de Substances » (DRAMES 2019) : les opioïdes en tête (méthadone : 35 % des décès). Une surdose mortelle aux opioïdes est évitable. La naloxone a été mise à disposition depuis 2018 pour prévenir cette surmortalité, cependant sa diffusion reste faible. Mais qu'en pensent les usagers ? Un hétéro-questionnaire donne la parole aux usagers entre novembre 2021 et avril 2022 dans différentes structures de prise en charge addictologique. L'objectif est d'évaluer les croyances et les freins autour de l'utilisation de la naloxone tout en délivrant un kit naloxone après une formation et une sensibilisation.

Au total, 44 usagers ont répondu à l'hétéro-questionnaire (48 % n'ont pu le finaliser par fatigue/impatience/longueur) et 37 kits de naloxone ont été délivrés sur 6 mois. Les usagers sont principalement des hommes (95 %), d'âge moyen de 43 ans et sous médicaments de substitution aux opiacés à 80 %. Cette étude identifie des risques d'overdose : la majorité des usagers (7 sur 10) ont

déjà vécu ou été témoins d'une overdose (la moitié a vécu une overdose et les deux tiers ont été témoins d'une overdose) et sont des polyconsommateurs (7 sur 10).

Concernant la naloxone, seuls 45 % rapportent une préférence dans le choix de la voie d'administration et parmi eux, 65 % font le choix de la voie intramusculaire. La croyance autour de ce choix est de la considérer comme plus rapide et plus efficace. Les 35 % restant préfèrent la voie intranasale. Cette voie véhicule pour d'autres la fausse-croyance d'être dangereuse dans un contexte de difficultés respiratoires. D'autres l'identifient comme plus simple et plus rapide, mais plus difficile à obtenir. Les freins, qui diffèrent selon les structures de prise en charge des usagers, résident à la fois dans l'impression de « gérer les produits » (usagers de CAARUD – centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues – ou de SCMR – salle de consommation à moindre risque), « d'être sorti de l'addiction » (usagers de CSAPA – centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie), mais aussi dans l'idée erronée que la voie orale ne peut mener à une overdose (11 %). Or que le produit soit inhalé, sniffé, injecté ou ingéré, le risque d'overdose aux opiacés persiste... Par ailleurs, l'étude montre la nécessité d'une « piqure de rappel » pour la formation à l'utilisation de la naloxone, avec la mise en évidence de difficultés de mémorisation et de compréhension pour les usagers, notamment après leur consommation en SCMR. À la question sur les conséquences du vécu de l'overdose (pour soi ou en tant que témoin) sur les consommations, il semble que les usagers fassent peu de lien entre l'overdose et la remise en question des consommations (retour du passeur du questionnaire). Enfin, sur la période d'étude, deux usagers ont rapporté avoir fait l'usage du kit. Ainsi, sur 100 kits de naloxone délivrés, 5 permettraient de sauver une vie.

Pour conclure, cette étude participative montre que les freins et croyances autour de la naloxone varient en fonction des profils d'usagers : parcours de consommation, structures de prise en charge, entourage... Ces différences sont à prendre en compte pour aborder l'intérêt de la naloxone avec les usagers. Par ailleurs, la mise en place de groupes de parole sur les overdoses pourrait être un levier intéressant à développer avec les usagers.

Internet et RdR

À l'heure du tout Internet, des *pure players* et d'une société ultra-connectée, l'essor de la e-prévention est inéluctable. Les médias sociaux ont changé les modalités d'interactions virtuelles entre les individus avec des plateformes de partage d'informations « par » et « entre » les utilisateurs. Cette démarche participative a permis de développer des interventions innovantes de prévention : aide à l'arrêt du tabac, coaching sportif, santé sexuelle, forums d'usagers de drogues. Certains vont plus loin avec l'utilisation de stratégies disruptives pour détecter, à travers les réseaux sociaux, l'usage à risque de substances ou même le risque suicidaire.

L'association PlaySafe souhaite faire un état des lieux des initiatives d'e-prévention disruptives mises en place en partenariat avec le centre d'Addictovigilance de Paris, l'objectif étant d'initier des *guidelines* pour optimiser la veille sanitaire et la RdR 3.0. PlaySafe est une association de prévention et de RdR, adepte du marketing social et digital, qui dispose d'un site d'information dédié. Son engagement dans la e-prévention fait suite à la démocratisation de l'achat en ligne des NPS. Précurseur du disruptif, son action s'est déclinée en quatre axes :

1 - Augmenter la visibilité des sites de prévention *versus* sites de vente après toute requête effectuée sur les moteurs de recherche grâce au référencement naturel et payant. Ce dernier permet, via l'achat publicitaire, d'apparaître prioritairement sous forme d'« annonce ».

2 - Développer l'« aller-vers » par la création de sites d'e-commerce factices de NPS ou de GBL (gamma-butyrolactone) après un benchmark (analyse des autres sites de vente). Le parcours d'achat en ligne est classique sauf la page de paiement qui renvoie vers une page de prévention et de RdR avec un message de bienveillance.

3 - Mettre en place une veille digitale par l'analyse de contenu (clear Web, darknet, réseaux sociaux).

4 – Impliquer, par un travail de lobbying/alerte, les GAMAM (Google, Apple, Meta, Amazon, Microsoft), les applications de rencontre et les réseaux sociaux dans une démarche responsable (lutte contre la banalisation et promotion de pratiques bienveillantes). Une meilleure compréhension des pratiques des usagers via ces différents outils permettrait de concevoir des approches novatrices d'« aller-vers »/*Outreach* et d'atteindre les expérimentateurs. Le partage de connaissances sur ce nouveau terrain permettrait l'élaboration concertée d'un guide de bonnes pratiques d'e-prévention. Celui-ci se devra de respecter la confidentialité des données pour rassurer les utilisateurs sur la bienveillance de cette démarche.

En conclusion

La réduction des risques et des dommages se doit d'être à l'écoute des usagers dans un processus dynamique et continu (mouvement perpétuel) pour apporter non pas le minimum mais le maximum à l'utilisateur. L'aller-vers et la participation active des usagers sont des clés pour une RdR-D 3.0 qui se doit de rester active.



Recherches et évaluations de programmes de RdRDA

Judith MARTIN FERNANDEZ – Chercheure, Équipe PHARes, INSERM, BPH, U1219

Sarah PERRIN – Coordinatrice scientifique de recherche et de formation à Savoir+Risquer
Chercheure associée au Centre Émile Durkheim et au Bordeaux Health Center

Amandine FILLOL – Chercheure à l'Université de Bordeaux

Selon l'OFDT (Observatoire français des drogues et des tendances addictives), en France, en 2022, le nombre de séjours hospitaliers mentionnant l'alcool dans leur intitulé était de 228 000. Actuellement, on dénombre 389 CSAPA (centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie) pour une file active d'environ 211 000 usagers, dont 37 % principalement pour un problème d'alcool. Néanmoins, malgré ces chiffres importants, on estime que moins de 25 % des personnes souffrant d'un trouble de l'usage reçoivent effectivement un traitement et ce chiffre est estimé à moins de 10 % pour l'alcool et le tabac^{1,2}.

La faible proportion d'accès au traitement de l'addiction à l'alcool, ainsi qu'un taux élevé d'abandon après une rechute, pourraient s'expliquer par des obstacles tels que la stigmatisation associée à l'addiction, y compris par les professionnels de santé³, le désir d'essayer de faire face seul, le manque de connaissance et de prise de conscience sur sa pathologie, la méconnaissance des dispositifs existants, ou encore des obstacles organisationnels (contraintes en termes d'horaires, de coûts...)⁴. En outre, de nombreux patients n'ont pas accès au traitement ou abandonnent le traitement en raison de la condition préalable fréquente d'une période de désintoxication en hospitalisation. En effet, l'offre de soins actuelle pourrait ne pas correspondre en totalité aux attentes des personnes concernées, notamment selon leur niveau de sévérité de dépendance et/ou leur volonté actuelle de s'engager vers l'abstinence ou la réduction de l'usage. Enfin, l'accès tardif aux soins est associé à une

¹ Cohen E, Feinn R, Arias A, Kranzler HR. Alcohol treatment utilization: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug Alcohol Depend.* 12 janv 2007 ; 86(2-3):214-21.

² Rehm J, Allamani A, Elekes Z, Jakubczyk A, Manthey J, Probst C, et al. Alcohol dependence and treatment utilization in Europe – a representative cross-sectional study in primary care. *BMC Family Practice.* 29 juill 2015 ; 16(1):90.

³ Cazalis A, Lambert L, Auriacombe M. Stigmatization of people with addiction by health professionals: Current knowledge. A scoping review. *Drug and Alcohol Dependence Reports.* 1 déc 2023 ; 9:100196.

⁴ Priester MA, Browne T, Iachini A, Clone S, DeHart D, Seay KD. Treatment Access Barriers and Disparities Among Individuals with Co-Occurring Mental Health and Substance Use Disorders: An Integrative Literature Review. *Journal of Substance Abuse Treatment.* 1 févr 2016;61:47-59.

augmentation de la sévérité de l'addiction et de ses conséquences, susceptible de rendre les futures prises en charges moins efficaces⁵.

L'approche de réduction des risques

D'autres approches qui ne sont pas axées uniquement sur l'abstinence et le traitement habituel de l'addiction sont nécessaires. C'est le cas de l'approche de réduction des risques et des dommages (RdRD). La RdRD est une approche pragmatique et humaniste⁶ qui a émergé suite à la mise en lumière du lien entre usage de substances par voie intraveineuse et risques de contamination au VIH. La RdRD se fonde sur le respect de la personne et de ses besoins, et part du principe que l'abstinence n'est pas la seule réponse à apporter aux personnes consommatrices de substances psychoactives. L'objectif de la RdRD n'est ainsi pas le sevrage ou l'abstinence, mais la gestion et la diminution des risques et des conséquences sanitaires associées aux consommations de substances (légales ou illégales), sans qu'il soit nécessaire d'accéder à la prise en charge de l'addiction^{7,8}. La RdRD comporte de nombreuses méthodes, qui vont de la diffusion d'informations sur les produits, les risques et les manières de réduire la consommation, aux traitements de remplacement, en passant par les salles de consommation à moindre risque, la pair-aidance, les psychothérapies, les traitements médicamenteux, la distribution de matériel de consommation, l'analyse de drogue, etc. La RdRDA (la réduction des risques et des dommages liés à l'alcool) est la déclinaison de cette approche concernant l'alcool. Sa définition et son périmètre sont encore en construction mais ils s'appuient sur les fondements généraux de la RdRD. Ils partagent donc plusieurs principes d'intervention : la suspension du jugement moral sur les usages ; la mise en œuvre d'une démarche de proximité, fondée sur : l'aller-vers ou « *outreach* » ; l'accueil inconditionnel des personnes « là où elles en sont » (c'est-à-dire sans exigence vis-à-vis de l'engagement dans un arrêt des consommations ou dans une démarche de soin ou d'insertion) ; la participation, dans une optique de santé communautaire, des personnes usagères à l'élaboration et à la mise en œuvre des interventions qui leur sont destinées, impliquant la reconnaissance de leurs savoirs liés à leurs expériences.

Les initiatives en France (variées et multiples)

En France, les actions de réduction des risques et des dommages comprennent des actions visant à (i) délivrer des informations sur les risques et les dommages associés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants ; (ii) orienter les usagers de drogue vers les services sociaux et les

⁵ Tiet QQ, Ilgen MA, Byrnes HF, Harris AHS, Finney JW. Treatment setting and baseline substance use severity interact to predict patients' outcomes. *Addiction*. 2007;102(3):432-40.

⁶ Maestracci N L'évolution des politiques publiques de lutte contre les drogues : des aveuglements aux prises de conscience. *Archives de politique criminelle*. 2009;31(1):173-84.

⁷ Morel A, Chappard P, Couteron JP. *L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie: en 22 fiches*. Dunod ; 2012.

⁸ Dozon JP, Fassin D. *Critique de la santé publique: une approche anthropologique*. Balland Paris ; 2001.

services de soins généraux ou de soins spécialisés, afin de mettre en œuvre un parcours de santé adapté à leur situation spécifique et d'améliorer leur état de santé physique et psychique et leur insertion sociale ; (iii) promouvoir et distribuer des matériels et produits de santé destinés à la réduction des risques ; (iv) promouvoir et superviser les comportements, les gestes et les procédures de prévention des risques (Code de la Santé publique).

Actuellement, les interventions de RdRDA proposées en France ont des formes, modalités et cibles variées et multiples. Celles-ci peuvent être universelles comme la récente campagne de communication de Santé Publique France « C'est la base » diffusant des messages de réduction des risques auprès d'un public large. D'autres interventions sont plus ciblées, par leurs modalités (comme par exemple, les applications sur téléphone destinées à un public actif et n'ayant pas recours à des centres spécialisés), leurs thématiques ou champs d'action (consommations en milieux festifs par exemple) ou encore par leurs lieux d'implémentation (CSAPA, CAARUD – centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues – ou CHRS – centre d'hébergement et de réinsertion sociale – par exemple).

La complexité des interventions de RdRDA

Les interventions en santé des populations sont généralement considérées comme complexes, telles que définies par le *Medical Research Council*⁹. La complexité d'une intervention se caractérise en particulier par ses multiples composantes en constantes interactions et la place du contexte dans la production éventuelle d'effets¹⁰. Les interventions de RdRDA sont donc des interventions complexes car faisant interagir de nombreuses composantes et des contextes très spécifiques.

Cela implique dès lors des enjeux méthodologiques particuliers. Pour appréhender ces interventions, l'approche de recherche ou d'évaluation doit, au-delà des résultats, interroger les processus et mécanismes qui conduisent à l'efficacité, qu'ils soient liés à l'intervention, au contexte ou à l'interaction des deux^{10,11}.

Les évaluations de ces interventions doivent donc s'inscrire dans le champ plus réflexif tel que celui des évaluations basées sur la théorie (*theory-based evaluation*). Cette approche mobilise des méthodes de collecte des données variées et vise, entre autres, à produire une théorie d'intervention. Cette théorie permet d'explicitier les éléments sur lesquels repose l'intervention et d'identifier comment, pourquoi et dans quelles conditions une intervention produit des effets. Pour reprendre la célèbre métaphore de la « boîte noire »,

⁹ Skivington K, Matthews L, Simpson S, Craig P, Baird J, Blazeby J. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *BMJ*. 2021;374:n2061.

¹⁰ Pawson R, Tilley N. *Realistic Evaluation*. London: SAGE Publications Ltd; 1997.

¹¹ Weiss CH. The politicization of evaluation research. *Journal of Social Issues*. 1970.

l'évaluation fondée sur la théorie revient à ouvrir la boîte noire d'un cockpit après un accident d'avion afin de mieux comprendre ce qu'il s'est passé, comment et pourquoi¹². Au-delà de savoir que l'intervention X a produit un effet Y, il s'agit de comprendre la logique qui a pu permettre cet effet.

Pour créer une théorie d'intervention, il faut expliciter les hypothèses qui ont guidé, de façon implicite ou explicite, la conception et la mise en œuvre de l'intervention. Ces hypothèses sont ensuite confrontées à la réalité du terrain et de la mise en œuvre pour être améliorées ou consolidées. L'ensemble de ces hypothèses constituent une théorie d'intervention, qui est ensuite discutée et améliorée grâce à une rencontre avec l'ensemble des parties prenantes de l'intervention.

Quelques exemples de d'évaluations

Dans le cadre de nos recherches et évaluations sur les interventions de RdRDA, nous pouvons citer trois projets distincts.

- L'étude ECIAE est une évaluation croisée de trois interventions de RdRDA déployées en région Nouvelle Aquitaine.

- Le projet Vitae avait pour vocation de mettre en évidence les conditions de viabilité et transférabilité de l'intervention de RdRDA « IACA » (Intégrer et Accompagner les Consommations d'Alcool) afin de :

- Définir les fonctions clés de IACA, comment celles-ci s'articulent dans différents contextes et comment elles peuvent être adaptées du point de vue de la forme.
- Élaborer un guide pour accompagner au déploiement de IACA dans d'autres centres.

Ces premiers projets font intervenir deux équipes de recherche : l'équipe MéRISP (Méthodes pour la Recherche Interventionnelle en Santé des Populations), responsable du volet qualitatif, et le laboratoire SANPSY (Axe Addiction), responsable du volet quantitatif de l'étude.

- Le projet EVPMO, quant à lui, avait pour objet l'évaluation de l'introduction de la RdRDA au sein du programme Marcel Oliver de l'association « Aux Captifs, la libération ». Cette évaluation a un double objectif : i) clarifier le contexte de travail de l'association « Aux Captifs, la libération » ; ii) caractériser l'impact que le programme d'accompagnement RdRD-A a sur les bénéficiaires en fonction des particularités de leur profil, d'une part, et de l'accompagnement, d'autre part.

¹² Devaux-Spatarakis A. *L'évaluation basée sur la théorie*. [cité 22 juin 2023]; Disponible sur: <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/evaluationpolpub/chapter/levaluation-basee-sur-la-theorie/>

Ces trois projets, divers tant par leurs objets d'étude que par leurs finalités, ont permis la mise en lumière de tendances et questionnements généraux sur la mise en œuvre de la RdRDA actuellement.

Premiers résultats d'évaluations et quelques constats

Une diversité d'initiatives mais peu d'usagers inclus dans les programmes

Lors des évaluations et investigations menées, les différents programmes de RdRDA présentent une faible inscription ou participation des usagers. Ceci vient confirmer d'autres études menées précédemment^{13,14} présentant le même écueil. Cette difficulté de recrutement trouve son fondement dans la conjonction de plusieurs facteurs. Tout d'abord, la persistance de l'abstinence comme but recherché chez les usagers. Cet objectif d'abstinence se retrouve chez beaucoup d'usagers, à l'instar de ce qui est vu par la société comme la « seule solution » aux problématiques d'addiction. Vestige de la guerre de paradigme entre abstinence et RdR, les positions normatives et les imaginaires collectifs gardent toute leur vigueur encore aujourd'hui. En effet, la philosophie de la RdRDA semble totalement absente du discours courant et seule l'abstinence est valorisée socialement. Le fait que les interventions de RdRDA se positionnent résolument dans une dynamique différente, où l'abstinence n'est pas nécessairement l'objectif, peut expliquer le peu d'inscription d'usagers dans ces programmes.

Il est à noter également que peu de communications sont réalisées auprès des publics ciblés et/ou du grand public concernant ces programmes. Quand des outils de communication sont mis en place, ceux-ci sont parfois jugés peu attractifs ou explicites. Des professionnels pointent aussi le fait que les usagers ne sont pas arrivés à un stade de motivation concernant leur changement de comportement compatible avec une intervention.

Autre piste explicative, le fait que les usagers fréquentant les centres concernés n'évoquent pas l'alcool comme le premier produit dommageable, ce qui les oriente, de fait, vers d'autres types d'accompagnement.

Certains professionnels abordent également les prérequis et les contraintes liées au suivi d'un programme : capacités cognitives nécessaires afin « d'accéder à sa réalité », ou organisationnelles (langue, nombre de séances ou de rendez-vous, horaires, modalités...) comme pouvant limiter le nombre de personnes auxquelles les programmes pourraient être proposés.

¹³ Cournoyer LG, Simoneau H, Landry M, Tremblay J, Patenaude C. Évaluation d'implantation du programme Alcochoix+. *Drogues, santé et société* 2010 ; 9(2):75-114.

¹⁴ Carrieri P, Coste M, Mora M, Costa M, Antwerpes S. Réduction des risques et des dommages dans le domaine des troubles liés à l'usage d'alcool. Évaluation d'une intervention d'accompagnement des parcours de santé complexes liés aux usages d'alcool. *SESSTIM* (INSERM 1252); 2019 p. 110.

Un dernier élément pouvant engendrer une difficulté de mobilisation des personnes à mentionner est qu'une partie des personnes ciblées par les interventions ne va pas y accéder. En effet, les usagers à risque mais ne se considérant pas ou peu dépendants ne fréquentent pas les structures spécialisées dans les addictions (pour des raisons liées à la stigmatisation, à la méconnaissance de l'existence de tels lieux, à une autocensure, etc.) et n'ont donc, de fait, pas l'opportunité de se voir proposer de telles interventions qui y sont majoritairement diffusées.

Ce constat – d'une mobilisation difficile – fait émerger la nécessité d'adapter les stratégies d'intervention ainsi que leurs modalités de diffusion et de proposition.

Un réel besoin pour les professionnels d'être sensibilisés et formés

Ces interventions sont souvent l'occasion pour les professionnels d'acquérir un savoir et des connaissances pratiques pour accompagner les usagers sur la thématique de l'alcool. Les formations proposées par les différents programmes étudiés sont ainsi bien accueillies et vues comme un outillage, une sécurisation par les professionnels, leur donnant l'assise, le sentiment de légitimité pour aborder la question de l'alcool avec les personnes qu'ils suivent. Les professionnels également peuvent, grâce aux méthodologies et formations de RdRDA, se sentir valorisés dans leurs pratiques, leur permettant parfois de trouver une issue pour un usager ou une situation face à laquelle ils se sentaient auparavant impuissants

Les différentes études menées ont soulevé le besoin fort, identifié par les professionnels au sujet de l'alcool, de ses méfaits mais également des postures, de propositions propres à la RdRD applicables à ce produit.

Des structures pas toujours adaptées à la mise en œuvre de certaines interventions

Un des leviers particulièrement importants dans la mise en œuvre des interventions de RdRDA est l'implication de la structure et de l'équipe autour de cette dynamique. L'acceptation, ou du moins la tolérance, de la philosophie RdRDA chez les différents professionnels du centre est primordiale afin de permettre au professionnel de mettre en œuvre la RdRDA. Le fait que les structures ou institutions ne soient pas motrices et n'engagent pas une certaine fédération concernant la pratique d'accompagnement des usagers va nécessairement impacter la mise en œuvre des interventions. L'impression, chez les professionnels, de ne pas être soutenus dans leur pratique ou dans les modalités d'accompagnement proposées entraîne un sentiment d'isolement. Certains vont ainsi rapporter le manque d'orientation des usagers suivis par leurs collègues vers l'intervention, l'incompréhension pouvant parfois générer des tensions en interne dans les équipes.

Autre point fondamental freinant la mise en œuvre des interventions, le manque de moyens et de ressources, qu'ils soient humains, financiers ou matériels, est majoritairement évoqué. Les interventions de RdRDA venant en général s'ajouter aux autres fonctions et accompagnements des professionnels, ceux-ci déclarent ne pas avoir de temps à consacrer à ces accompagnements, souvent chronophages et énergivores. Les usagers pointent également le fait que ces suivis ne sont pas adaptés à leur profil ou à leurs souhaits. De plus, les structures rencontrées présentent fréquemment des déficits et des instabilités en ressources humaines, ce qui freine d'autant la mise en œuvre de ces interventions. Ainsi, le temps partiel et le *turn-over* des professionnels rendent difficiles l'appropriation et la tenue des programmes tels qu'ils ont pu être pensés par les concepteurs. Enfin, des usagers déplorent les horaires de bureau des structures, qui compliquent le suivi lorsque l'utilisateur a une activité.

À une échelle plus large, les professionnels soulignent la nécessité d'être insérés dans un réseau d'acteurs, de partenaires qui pourraient servir de relais pour les soutenir et orienter des usagers, afin d'augmenter le nombre de personnes concernées, mais aussi apporter cohérence et cohésion dans leurs parcours de soin. Cette mobilisation plus large peut être portée par certains professionnels, mais n'est, actuellement, pas intégrée aux interventions étudiées.

L'ensemble de ces points souligne le besoin d'une vision stratégique, concertée et souple des structures dans le cas d'implémentation d'interventions de RdRDA

Une pratique plus diffuse de l'approche RdRDA

Ces difficultés de mise en œuvre de la RdRDA vont donc naturellement conduire les professionnels et les centres vers une application plus diffuse de la RdRDA ou à relayer vers une autre structure plus spécialisée ou compétente avec, cependant, toujours l'idée de mettre en œuvre la méthode à un autre moment.

Les professionnels et leur direction pointent ainsi une mobilisation plus diffuse de la méthode ou de la « philosophie » de la RdRDA. Cette pratique plus diffuse indique la nécessité d'identifier les composantes interventionnelles potentiellement efficaces sur lesquelles il importe de concentrer son action et de les adapter aux caractéristiques des usagers, des professionnels et des structures.

Conclusion

L'ensemble de ces éléments questionne les pratiques actuelles de RdRDA telles que menées en France. En effet, si ces interventions constituent une réelle évolution de positionnement, de réflexion et un outillage pour les

professionnels formés, leur difficile insertion dans les pratiques professionnelles du fait des oppositions paradigmatiques fortes au sein des structures et avec les partenaires, l'adhésion délicate des usagers (du fait de croyances et de valeurs sociétales très ancrées) questionnent la viabilité de ces interventions. La validité viable ou viabilité a été définie en 2010 par Chen comme « *la perception et l'expérience des parties prenantes quant à savoir si une intervention est pratique, abordable/accessible, adaptée/adéquate, évaluable et compatible culturellement* »¹⁵. Concernant la RdRDA, la question de la compatibilité culturelle apparaît cruciale tant elle a du mal à s'inscrire durablement et majoritairement dans la demande des usagers mais aussi dans les pratiques professionnelles. Cette compatibilité culturelle peut être définie comme « *le fait que les parties prenantes considèrent que l'intervention est en adéquation avec la culture au niveau individuel, professionnel, organisationnel, sociétal ainsi qu'à tous les niveaux que les parties prenantes considèrent pertinents au regard de l'intervention et du contexte dans lequel elle s'intègre* »¹⁶.

La compatibilité culturelle de la RdRDA reposerait certainement sur une définition plus claire et cadrée, permettant aux usagers comme aux professionnels une adhésion. Actuellement, en effet, mise à part l'abstinence comme opposition fondamentale, les acceptions de la RdRDA sont multiples et peuvent aller de la réduction des risques pour les professionnels accueillant les usagers à l'accompagnement global de ceux-ci en passant par le fait de « parler alcool », de trouver des petites solutions ou encore de créer des salles de consommation. Il est donc nécessaire de dessiner les contours de la pratique de la RdRDA afin de lui permettre d'être identifiée et de s'implanter dans les pratiques et les usages.

¹⁵ Chen HT. The bottom-up approach to integrative validity: a new perspective for program evaluation. *Eval Program Plann.* août 2010;33(3):205-14.

¹⁶ Decroix C. *Du développement d'une intervention complexe en santé des populations à sa mise à l'échelle : aspects conceptuels et méthodologiques des études de viabilité, applications dans le champ de la petite enfance.* Bordeaux; 2024.



Vittorio BIANCARDI

Docteur en histoire (EHES – École des Hautes Études en Sciences Sociales)

La description qui suit n'est qu'une taxinomie réduite à l'os : il s'agit de donner une idée de l'immensité et de la profondeur de l'influence des substances psychédéliques sur l'histoire contemporaine. En effet, depuis leur diffusion massive dans la société, l'humanité est entrée dans un *trip* dont elle n'est pas encore sortie ; les substances psychédéliques ont été consommées tout au long de l'histoire à des fins très diverses, du traitement de maladies relativement courantes¹ à l'amélioration des capacités cognitives², en passant par la divination³, et même l'utilisation pour la guerre⁴. Toutefois, si nous voulons parler d'« usage critique », nous devons garder à l'esprit qu'il s'agit d'une manière relativement récente de concevoir les substances comme un moyen fonctionnel, non seulement d'accéder à une autre réalité, d'ordre surnaturel, mais aussi comme un outil permettant de modifier le monde qui nous entoure dans un sens totalement inconnu des civilisations qui n'ont pas embrassé les notions occidentales de culture et de science. Il existe également des similitudes entre l'usage politique et l'usage spirituel, car dans les sociétés où les psychédéliques étaient utilisés dans des rituels pour atteindre, par exemple, une transe mystique, ces rituels faisaient partie de l'ensemble des pratiques religieuses qui régulaient en même temps la structure de la société elle-même. Dans ces cas, la religion jouait le rôle de ciment politique et les psychédéliques fonctionnaient comme un « ciment » social. D'autre part, l'usage critique, c'est-à-dire consciemment orienté vers la critique de l'existant et de la société, que les militants ont fait du LSD lors des grandes fêtes de la période 1966-1977 (par exemple la fête de la jeunesse prolétarienne organisée par le groupe formé autour de la revue *Re Nudo* dans le parc Lambro de Milan⁵), ne peut pas être entièrement séparé d'un usage récréatif. C'est à la lumière de tous ces éléments qu'un aperçu général du déclin de l'usage des psychédéliques apparaît plus que nécessaire.

¹ Sahagun, B., *Historia General de las Cosas de Nueva España*, Editorial Porrúa, México D.F., cur. Ángel María K. Garibay, 1985 (1547-1577), XI, 7, 6.

² Fink E., *When Silicon Valley takes LSD*, in *CNN Business*, 25 janvier 2015.

³ Estrada, A., *Vita di Maria Sabina, la sciamana dei funghi allucinogeni*, Savelli Editori, Milan 1982.

⁴ Fabing H. D., « On Going Berserk : A Neurochemical Inquiry », in *The Scientific Monthly*, vol. 83, no. 5, 1956, pp. 232- 237.

⁵ Grifi A., « Il Festival del proletariato giovanile al Parco Lambro », *Italie 1976*, 58 "; Aa. vv, *Re Nudo. On drugs, op. cit.* entretien avec Flavio Vida, 28 juin 2022, Milan.

De la vie et de la mort

Au cours d'une interview que j'ai réalisée, Ben Morea, fondateur du groupe *Up Against the Wall, Motherfuckers*, a effectué une analyse intéressante de la différenciation dans la conception des substances faite par certains groupes de la contre-culture et du mouvement révolutionnaire dans les années 1960 et 1970, qui indique une division entre « drogues de vie » et « drogues de mort »⁶. Les premières étaient considérées comme révolutionnaires, comme un moyen possible d'élargir sa conscience et de « rencontrer l'autre » ; elles comprenaient les psychédéliques et le cannabis. Les drogues de la mort, en revanche, comprenaient les drogues que l'on appelle aujourd'hui « dures » : la cocaïne, l'héroïne et les amphétamines font partie de ce deuxième groupe. Si les premières étaient utilisées par les militants pour « s'ouvrir » – une sorte de « pont » vers le monde – les secondes étaient au contraire considérées de la même manière que la société actuelle considère les drogues, c'est-à-dire extrêmement dangereuses pour la santé, et donc considérées par les militants comme des drogues « contre-révolutionnaires », en raison de l'effet pour ainsi dire opposé au renforcement de l'ego que des substances telles que la cocaïne ou l'héroïne entraînent. Cela ne veut pas dire que les militants n'en consommaient pas, mais cette consommation restait dans la sphère privée : la distinction entre « drogues de vie » et « drogues de mort » était cependant explicite en public, de sorte que la consommation de marijuana et de LSD dans certains groupes était non seulement acceptée, mais même encouragée. En effet, dans le cas d'un « trip » normal, pris après une dose moyenne⁷, il est possible que le sujet éprouve un sentiment d'unité avec le monde, avec pour conséquence une perte de contrôle de son propre corps, qui semble « fondre » et entrer en contact avec des objets, des personnes et des éléments du paysage environnant⁸. Ce processus est le phénomène également connu sous le nom de « dissolution de l'ego », et quoi de plus important pour les communistes et les anarchistes que d'entrer – ou du moins de se sentir – en contact avec leur communauté ? Une manière de reprogrammer l'individu, et donc de se reprogrammer soi-même, qui, d'un point de vue biochimique, correspond au « pic » de l'expérience psychédélique, c'est-à-dire au moment où l'on pourrait enregistrer, dans une expérience hypothétique réalisée avec l'une des machines FmRi⁹, le plus grand nombre de connexions neuronales « invisibles ». Cet effet de « reprogrammation » des psychédéliques, déjà connu dans les années 1950 par les psychiatres qui ont réalisé leurs premières expériences avec une telle machine, a été à la base des expérimentations sur la

⁶ Biancardi V., « In the 1960s counterculture : interview with Ben Morea », [en ligne] sur <https://www.minimaetmoralia.it/wp/interviste/nella-controcultura-anni-sessanta-intervista-a-ben-morea/>, 7 avril 2021, dernier accès en août 2023.

⁷ Une dose moyenne de LSD correspond à 100 microgrammes de substance pure. Le LSD est une substance extrêmement volatile qui, pour cette raison, est « fixée » sur des cartes absorbantes, également appelées « buvards ».

⁸ Voir Leary T., *The Great Priest. Le livre le plus important et le plus révolutionnaire sur le LSD*, Shake Edizioni, Milan 2006.

⁹ Carhart-Harris R. et al, Quality of Acute Psychedelic Experience Predicts Therapeutic Efficacy of Psilocybin for Treatment-Resistant Depression, in *Front. Pharmacol*, no 8 art. 974, 17 janvier 2018.

relation entre créativité et expérience psychédélique au milieu des années 1960¹⁰ et du projet MK-Ultra des services secrets américains, qui visait, entre autres, à utiliser le LSD comme une arme de contrôle et de manipulation mentale¹¹. Les psychédéliques, avec leurs effets « dissolvants », en particulier le diéthylamide de l'acide lysergique, ont été déversés à partir d'un certain moment sur les États-Unis d'abord et sur l'ensemble de l'Occident ensuite. Cette vague marque le début d'une nouvelle ère.

L'objectif productif

L'utilisation dite « productive » doit être distinguée d'une notion très présente (et aussi intéressante que problématique) dans le bagage lexical des défenseurs de la Renaissance psychédélique : celle de la créativité. L'usage productif se distingue de l'usage créatif en ce que le premier est directement lié à un contexte de travail, au sens du travail salarié ; il est nécessaire de faire cette distinction car très souvent la tentative d'améliorer la productivité au travail par ceux qui utilisent des microdoses de psychédéliques est justifiée en associant la consommation à un désir d'améliorer la créativité¹² – au lieu d'un désir d'améliorer sa propre productivité – comme on peut le déduire du sous-titre du premier article paru sur le sujet, daté de 2015, dans le magazine *Rolling Stone*, « How LSD Microdosing Became the Hot New Business Trip », c'est-à-dire « *Regular doses of acid have become the creativity enhancer of choice for some professionals* » (Des doses régulières d'acide sont devenues un stimulant de choix de la créativité pour certains professionnels). Il convient donc de distinguer clairement ces deux usages en fonction de l'objectif de la personne qui consomme la substance. L'usage de micro-doses est peut-être le cas le plus emblématique de l'usage productif, devenu célèbre grâce à la publicité promue par les consommateurs et de nombreux magazines et blogs¹³. Des études plus récentes ont remis en question le potentiel d'amélioration cognitive du microdosage, mais il n'en reste pas moins que si vous entrez les mots « LSD et productivité » dans le moteur de recherche Google, les cent quatre-vingts premiers résultats mentionnent le microdosage de psychédéliques¹⁴.

¹⁰ Harman, W. W. et al, 'Psychedelic agents in creative problem-solving : A pilot study' in *Psychological reports*, vol. 19, no. 1, 1966, pp. 211-222.

¹¹ Lee M. A., Shlain B., *Acid Dreams The Complete Social History of LSD : The CIA, The Sixties, and Beyond*, Grove Press, New York 1985.

¹² Prochazkova L. et al., « Exploring the effects of microdosing psychedelics on creativity in an open-label natural setting », in *Psychopharmacology*, 2018, 235, pp. 3401-3413.

¹³ Je mentionne ici à titre d'exemple le premier article paru dans un magazine grand public sur la pratique du microdosage : Leonard A., « How LSD Microdosing Became the Hot New Business Trip », in *Rolling Stone*, <https://www.rollingstone.com/culture/culture-news/how-isd-microdosing-became-the-hot-new-business-trip-64961/> 20 novembre 2015, dernier accès juin 2021. Les articles qui parlent du microdosage, dans un sens plus ou moins positif mais en le vantant comme un moyen d'augmenter la « créativité », sont nombreux.

¹⁴ Le cent quatre-vingt-unième résultat concerne une maladie désignée par l'acronyme LSD (Lumpy Skin Disease), sinon la séquence se serait poursuivie longuement.

Je pourrais même aller plus loin en affirmant que le microdosage – ou plutôt le *sub-perceptual-dosing*¹⁵ – constitue le seul usage productif des substances psychédéliques, à l'exclusion évidemment de l'usage des plantes et composés hallucinogènes par les chamanes, curandres ou « guérisseurs », l'une des exceptions qui font s'interroger sur le rapport entre consommation et productivité.

Utilisation thérapeutique

À cet égard, on entend par usage « thérapeutique » tout usage qui implique l'intention du sujet de se guérir d'une maladie ou de rééquilibrer une situation de déséquilibre corporel ou mental à l'aide de composés psychédéliques, et cette définition s'applique à une multitude de situations et d'époques historiques différentes ; parmi les peuples de Sibérie, par exemple, l'usage de l'amanite muscarique (*Amanita Muscaria*) pour ses propriétés anti-inflammatoires, analgésiques, anxiolytiques et stimulantes s'est répandu¹⁶. D'autres preuves de son utilisation à des fins médicinales, remontant au début de l'ère moderne, proviennent d'un célèbre missionnaire franciscain, Fray Bernardino de Sahagun, auteur d'un essai très important sur l'histoire des peuples précolombiens et l'une des premières sources faisant le plus autorité sur l'utilisation des champignons hallucinogènes dans le Mexique colonisé¹⁷, qui décrit l'utilisation du psilocybe parmi les peuples précolombiens dans son ouvrage *Historia Universal de las Cosas de Nueva España*¹⁸. Un codex du siècle suivant, l'ouvrage de Hernando Ruiz de Alarcón, daté de 1629, intitulé *Tratado*

¹⁵ Le terme de *sub-perceptual-dosing* est plus approprié pour décrire la pratique en question dans ce contexte puisque le microdosage, tel que défini par le psychiatre Torsten Passie, désigne la consommation de doses comprises entre 10 et 20 microgrammes de LSD. Pour augmenter la productivité, il est également possible d'utiliser ce que Passie lui-même appelle une mini-dose, correspondant à 25 à 30 microgrammes de LSD : les effets de celle-ci restent cependant sub-perceptifs, en ce sens qu'ils ne provoquent pas d'hallucinations, mais sont plus facilement ressentis par le sujet.

¹⁶ Souvent, ce sont des femmes âgées de la famille qui se chargent de « chamaniser » en ingérant de l'amanite tue-mouches dans le but de prononcer des sorts contre la maladie [...] Chez les Khanty de la rivière Yugan, le champignon est pris par un père au cas où un fils tombe malade, dans le but d'identifier la cause du malaise », dans Samorini G., Lenin was a mushroom, *Antrocom Online Journal of Anthropology*, vol. 18, no. 1, 2022, pp. 5-27. Les usages thérapeutiques de l'amanite tue-mouches sont également répertoriés de manière exhaustive au chapitre 26 d'une anthologie récente sur le sujet, Feeney K., Fly Agaric as Medicine : From Traditional to Modern Use », in Aa.Vv., *Fly Agaric : A Compendium of History, Pharmacology, Mythology, & Exploration*, Fly Agaric Press, sede ? 2020

¹⁷ Un autre franciscain du nom d'André Thévet, qui dans son *Histoyre du Mechique*, datée d'avant 1574 et basée sur les écrits de l'ecclésiastique espagnol Andrés de Olmos, *Antigüedades Mexicanas* de 1543, fait référence à une « herbe qui rend fou et qui fait qu'ils [les Otomi] ont beaucoup de visions » : Thévet, A., *Histoyre du Mechique*, manuscrit français du XVIe siècle, in *Journal de la Société des Américanistes*, vol. 2, 1905, pp. 1-41. Parmi les premiers colonisateurs espagnols à avoir repéré des champignons psylocybes, deux autres auteurs sont fréquemment cités : Francisco Hernández, *Historia Natural de Nueva España*, 2 volumes, Universidad Nacional de México, Mexico D.F. 1959 (1571-6), et Toribio de Benavente dit Motolinia, *Historia de los indios de la Nueva España*, Editorial Porrúa, México D.F., 1990 (1541).

¹⁸ L'ouvrage est plus connu sous le nom de *Historia General de las Cosas de Nueva España*, mais ce titre est la victime d'une erreur de traduction.

de las supersticiones y costumbres gentílicas que hoy viven entre los indios naturales de esta Nueva España, est un compte rendu complet de l'utilisation de substances intoxicantes chez les peuples indigènes des États mexicains nahuatlophones actuels de Guerrero et Morelos, et comprend des chants, des incantations et des psaumes récités par les chamans, à la fois pour éloigner le mal et pour guérir une personne malade. On peut supposer que les Aztèques attribuaient également une valeur curative au teonanacatl – terme nahuatl désignant les champignons aux propriétés hallucinogènes – en se référant à leur mythologie¹⁹. Plus récemment, l'anthropologue Luis Reyes a confirmé l'existence d'un lien étroit entre l'usage mystico-religieux et l'usage thérapeutique, du moins en ce qui concerne les Mazatèques, pour lesquels ces deux facteurs sont imbriqués dans ce qui est considéré comme le rituel magique le plus puissant²⁰. En résumé, il est confirmé que les champignons à psilocybine ont été utilisés à des fins curatives par les peuples originaires d'Amérique centrale depuis l'époque moderne. Ces conceptions, propres aux civilisations et ethnies originelles en matière de consommation de psychédéliques, diffèrent évidemment radicalement de celles de notre société majoritairement blanche et occidentale ; dans la « vieille Europe », ces substances étaient systématiquement interdites, retirées de l'usage courant, comme le démontre Alessandro Stella dans son livre de 2019 sur l'interdiction du peyotl par l'Inquisition espagnole²¹. La religion chrétienne, en fait, a eu tendance à interpréter le potentiel entéogène – « générateur de divinité²² » – des composés psychédéliques naturels, comme étant en concurrence avec ses propres croyances. En effet, certains chercheurs émettent l'hypothèse que l'usage des psychédéliques était en fait également courant dans les communautés chrétiennes, comme le démontrent certaines fresques de la chapelle de Plaincourault, dans l'Indre en France²³, mais qu'en raison de la censure et de l'élimination systématique des connaissances populaires relatives à l'usage des plantes « magiques », celles-ci ont subi un véritable processus de diabolisation, se couvrant d'un tabou social dont nous ressentons encore les effets aujourd'hui. Ce n'est qu'à partir de la seconde moitié du XXe siècle, après la découverte d'Albert Hofmann et la démocratisation de l'usage du LSD-25, que les psychédéliques ont commencé à faire l'objet d'une plus grande attention de la part des milieux scientifiques et non scientifiques. L'usage thérapeutique n'est donc pas seulement une chose du passé : les « thérapies psychédéliques » sont en fait l'un des principaux sujets des traités écrits sur les psychédéliques au cours de la dernière décennie.

¹⁹ Cabrera S. Nanacatl, *Los hongos sagrados* [en ligne]. <https://komoni.chemisax.com/nanacatl-los-hongos-sagrados/>, 2016, dernière date d'accès 21/3/2021.

²⁰ Reyes L.G., « Una Relación sobre los Hongos Alucinantes » in *Tlalocan*, vol. 6, no. 2, 1970, pp. 140-145.

²¹ Stella A., *L'herbe du diable ou la chair des dieux ? La prohibition des drogues par l'Inquisition*, Editions Divergences, Paris 2019.

²² Forte R., *Entheogens and the future of religion*, Park Street Press, New York 2012.

²³ Camilla G., Gosso F., *Hallucinogènes et christianisme. Evidenze nell'arte sacra*, 2 vols, Colibri, Milano, 2016 ; Samorini G., « L'albero-fungo di Plaincourault », in *Eleusis*, n° 8, 1997, p. 29-37 ; Allegro J., *The Sacred Mushroom and the Cross*, Hodder & Houston, Londra, 2009, éd. it. 1980, *Il fungo sacro e la croce*, Roma, Ciapanna).

Utilisation récréative

En soulignant, comme précédemment, qu'il n'est pas facile de donner une définition univoque du terme, nous pouvons entendre par usage récréatif tout usage qui présuppose un désir d'échapper à la vie quotidienne. Cette utilisation se distingue de l'utilisation à des fins politiques pour plusieurs raisons : la première, fondamentale, est le fait que ceux qui consomment une substance psychédélique pour le « fun », fidèles à l'étymologie du terme, conçoivent l'expérience qu'elle déclenche comme un moment étranger à une supposée réalité dont il s'agit de se distancier ; il n'est donc pas surprenant que ce mode d'utilisation des substances psychédéliques ait été prépondérant – ne serait-ce que d'un point de vue quantitatif – parmi les jeunes générations à partir de la fin des années 1970²⁴. Il suffit de penser à l'évolution que ces mouvements ont connue dans le contexte anglo-saxon, avec le développement du phénomène des *street parades* et des *rave parties*²⁵, contexte dans lequel l'usage de la MDMA, ou méthylènedioxyméthamphétamine, s'est généralisé. Il s'agit d'une phénéthylamine aux effets psychédéliques plus connue sous le nom d'ecstasy et qui, rappelons-le, n'est pas considérée comme un psychédélique^{26,27} ; des effets psychédéliques lui sont cependant associés, si l'on entend par là le potentiel de « défrichage psychique » de cette puissante substance. La MDMA est un exemple qui montre comment les psychédéliques (empathogènes dans le cas de la MDMA, mais le LSD-25 et les champignons ont connu le même sort) sont aujourd'hui consommés dans un contexte récréatif²⁸, dans le cadre de festivals, de soirées musicales, ou de simples moments de « fun ». Pour paraphraser Ben Morea²⁹, le temps hors travail rémunéré est facilement considéré comme du temps « libre », du plaisir : il est donc essentiel dans la société actuelle de trouver des méthodes ou des moyens d'évasion qui permettent de vivre plus intensément le temps du plaisir. Un consommateur de substances qui travaille et n'applique son comportement de consommation

²⁴ Nous nous référons à la périodisation proposée par Nanni Balestrini et Primo Moroni dans Balestrini N., Moroni P., *L'orda d'oro 1968-77. La grande ondata rivoluzionaria e creativa, politica ed esistenziale*, Feltrinelli, Milano 1997.

²⁵ Shapiro, Harry, *Waiting for the man : the story of drugs and popular music*, Helter Skelter Publishing, Londres, 1999.

²⁶ Nichols D., MDMA Represents a New Type of Pharmacologic Agent And Cannot Be Considered To Be Either An Hallucinogenic Agent Or An Amphetamine-Type Stimulant, (photocopie d'un manuscrit dactylographié), non daté, *Purdue University Archives*, MSP 1, Series 3, Sub-Series 2, File 14, Item 8.

²⁷ Nichols D.E., « Differences Between the Mechanism of Action of MDMA, MBDB, and the Classic Hallucinogens. Identification of a New Therapeutic Class : Entactogens », in *Journal of Psychoactive Drugs*, Volume 18, No. 4, 1986.

²⁸ Calafat, A. et al., Night life in Europe and recreational drug use, *Sonar 98*, 1998 Irefrea, Espagne ; Calafat, A. et al. 2001, *Risk and control in the recreational drug culture*, Sonar Project, Irefrea, 2001 ; Aa.Vv, Focus on drugs. Recreational drug use : a key challenge for the EU, *Rapport annuel de l'OEDT*, novembre-décembre 2002, Lisbonne.

²⁹ Biancardi V., « Up Against The Wall, Motherfuckers ! », Conversation avec Ben Morea, in *lundimatin* # 162, <https://lundi.am/Ben-Apres-trois-semaines-ils-etaient-en-rupture-de-stock-ils-ne-l-ont-jamais>, 23 octobre 2018.

dans la vie quotidienne que pendant son temps libre a tendance à être perçu plus positivement d'un point de vue social qu'un consommateur qui ne travaille pas et ne produit donc pas ; dans ce cas, il n'y a certainement pas d'usage récréatif, puisqu'il n'y a pas de configuration reconnue dont lui et les autres membres du groupe pourraient s'écarter, et l'on se trouve très clairement face à un cas d'usage critique, conscient et révolutionnaire. Il est très intéressant de discuter du rôle que les « drogues » ont assumé dans la société d'aujourd'hui et de la manière dont elles y sont de plus en plus intégrées de manière harmonieuse, sans qu'il soit nécessaire de procéder à des ruptures particulièrement violentes, en contournant, en quelque sorte, le paradigme de la prohibition. Le détournement recherché de la réalité sociale a été classifié et décrit au moyen de divers modèles et diagrammes, mais en général on peut définir l'ensemble des états de conscience comme un spectre, et chaque variation de la conscience par rapport à l'état de veille (en présence des deux facteurs, vigilance et conscience, décrits plus haut) comme un état de conscience non ordinaire.

Usage mystico-religieux

La frontière entre l'usage thérapeutique et l'usage mystico-religieux est mince : il est très souvent affirmé dans les traités contemporains sur les psychédéliques que les effets thérapeutiques de l'expérience psychédélique sont liés précisément à leur capacité à déclencher des expériences mystiques³⁰ ; la thérapie dans de tels cas consiste fréquemment à restaurer l'état spirituel du patient. À l'époque moderne, une contribution importante sur la relation entre le sentiment religieux et l'expérience psychédélique a été apportée par l'écrivain Aldous Huxley, l'un des premiers et des plus célèbres expérimentateurs contemporains de psychédéliques, qui, dans son livre *Les portes de la perception*, a admirablement décrit l'expérience avec la mescaline, le principe actif du cactus peyotl³¹. Selon Huxley, c'est la rencontre avec le mystique qui constitue le centre essentiel de l'expérience psychédélique. À son point culminant, qui coïncide, selon l'écrivain anglais, avec le ravissement extatique vécu par les mystiques de tous les temps, de saint Jean de la Croix à sainte Thérèse d'Avila, jusqu'aux poètes romantiques William Blake et William Wordsworth³², l'individu éprouve une sensation de dissolution du moi dans le tout, transcende les schématismes spatio-temporels, s'identifie au moi et le contemple. Il fait ainsi l'expérience, selon Huxley, d'une transcendance de lui-même. Il peut donc être libérateur, « thérapeutique » au sens large, pour l'individu imprégné d'une culture chrétienne et occidentale, de faire

³⁰ Griffiths, R. Richards W. et al, « Psilocybin can occasion mystical-type experiences having substantial and sustained personal meaning and spiritual significance », in *Journal of Psychopharmacology*, vol. 187, no. 3, 2006, pp. 268-283 ; un certain nombre de figures très pertinentes telles que les anthropologues Claudio Naranjo, Ernesto de Martino et Claude Levi-Strauss en parlent également. En outre, Piero Coppo et Laura Girelli en parlent dans leur ouvrage *Schiudere Soglie*. Dans Coppo P., Girelli L., *Schiudere soglie*, Colibrì, Milan, 2013, ch. III « Working with non-ordinary states of consciousness : neo-foundational devices ».

³¹ Huxley A., *Les portes de la perception*, Mondadori, Milan, 1979, p. 10.

³² Wasson R.G., Huxley A., Graves R., *L'expérience de l'extase. 1955-1963*, Nautilus, Turin, 1999.

l'expérience d'une « libération » mystique par l'usage de psychédéliques. Plus généralement, pour Huxley, les individus de toutes les cultures ont pu prendre des drogues dans le but plus ou moins avoué de faire l'expérience de ce qui se rapproche le plus d'un ravissement mystique³³. Même Albert Hofmann, le chimiste suisse qui a découvert les effets du LSD-25, fait le lien entre expérience psychédélique et expérience mystico-religieuse dans certains de ses écrits³⁴. Un retour à la nature et à l'enfance : c'est ainsi que Hofmann nous présente un exemple d'expérience mystico-psychédélique, dans sa vision, mais d'un point de vue rationnel et scientifique. Nous trouvons chez Hofmann la conscience de la combinaison mystico-psychédélique dans l'une de ses expressions les plus fines et les plus claires. Même Louis Lewin, auteur d'une très importante taxonomie des drogues³⁵, est allé au fond des choses, allant jusqu'à déclarer que l'aspect le plus important de l'expérience avec la mescaline est représenté par les « modifications particulières de la vie spirituelle qui sont vécues comme une certaine gaieté de l'esprit » ; gaieté de l'esprit entendue comme un réconfort de l'âme, encore détachée de la réalité quotidienne et qui, d'une certaine manière, nous aide à introduire le thème suivant.

Utilisation artistique

Quel médicament prendre, se demandait Henri Michaux en 1956, pour rendre l'acte d'écrire « facile »³⁶ ? Quelques années plus tard, dans la période correspondant à la diffusion massive du LSD, d'abord aux États-Unis puis en Europe, l'expérience artistique se confond avec l'expérience psychédélique, donnant naissance à l'« art psychédélique » proprement dit d'une part, et à de nouveaux genres et figures musicales d'autre part. Je crois qu'il est possible de donner deux définitions de l'art psychédélique : au sens strict, le terme « art psychédélique » désigne un mouvement artistique qui prend naissance dans la période allant de la fin des années 1950 à la fin du *Summer of Love* (1967), donc encadré historiquement, et qui s'inspire de la diffusion du LSD dans la société américaine. Principalement visuelle, basée sur l'utilisation de couleurs vives, de figures fantastiques et de motifs floraux inspirés des « voyages » réels des artistes, on peut citer l'exemple de l'artiste italien Matteo Guarnaccia, dont les dessins retracent des paysages et des figures fantastiques, issus des contes de fées, et des fantasmes de l'artiste³⁷. Il existe une autre définition plus large de l'« art psychédélique », un art qui a trait à l'inconscient, au mystère, à la magie, au symbolique, que l'on retrouve par exemple dans les tableaux couverts de myriades de figures de Hieronymus Bosch – il est curieux que Dino Buzzati, dans son introduction à l'œuvre de Bosch, affirme que les peintures de ce dernier ont été inspirées par des expériences psychédéliques obtenues par l'ingestion

³³ *Ibid.* p. 76.

³⁴ Hofmann A., *Perceptions of Reality*, Stampa Alternativa, Viterbo, 1993, pp. 9-10.

³⁵ Lewin L., *Phantastica : drogues psychédéliques*, Diméo Editions, 1967.

³⁶ Michaux H., « Quelle drogue utiliser pour faciliter l'écriture ? », in Boissonnas, E., Michaux, H., Paulhan, J., *Mescaline 55*, Claire Paulhan Editions, Paris 2014, p. 15.

³⁷ Guarnaccia M., *1968-1988 Psychedelic art and counterculture in Italy*. Stampa Alternativa, Viterbo 1988.

d'ergot, un champignon ressemblant à une mauvaise herbe dont est issu l'acide lysergique diéthylamide – ou dans celles de William Blake, où l'on trouve une note profondément psychédélique : de telles œuvres sont le fruit d'esprits capables de se pousser, sans l'aide de drogues, au-delà des « portes de la perception »³⁸. À la fin du XVIIIe et au XIXe siècles, des peintres comme Johann Heinrich Füssli et Caspar David Friedrich, ou le graveur « médiumnique » Victorien Sardou, eux aussi à jeun de substances modifiant la conscience, ont donné voix aux figures monstrueuses de l'inconscient. Au XXe siècle, les préraphaélites d'abord, puis les symbolistes et les surréalistes, ont plongé dans cet univers, puis l'ont représenté, dans le monde de ce que Carl Gustav Jung définira quelques années plus tard comme des archétypes, donnant des images aux âmes tourmentées des hommes et des femmes, à l'aube d'un siècle de guerres dévastatrices et de bouleversements révolutionnaires. Au XIXe siècle, en effet, les peintres, les poètes et les hommes de lettres n'utilisaient pas (à l'exception de quelques cas) de psychédéliques : cela est dû au fait que les composés synthétiques tels que le LSD ou naturels comme la psilocybine n'avaient pas encore été découverts, de même que les connaissances sur les effets des champignons à psilocybine, ou *amanita muscaria*, étaient encore très limitées à l'époque. En ce qui concerne la relation entre l'art et l'expérience psychédélique, je pense que nous pouvons définir la période allant du début des années 1900 au début des années 1960 comme « pionnière » ; cependant, ces « expérimentateurs » semblent aujourd'hui avoir un point de vue profondément élitiste. Rappelons notamment que dans son roman *Brave New World*, Huxley brosse le tableau dystopique d'une société maintenue sous contrôle permanent par une élite de technocrates qui utilisent un médicament, le Soma, évoquant les drogues psychédéliques : « un demi-gramme pour une demi-journée de repos, un gramme pour une journée de vacances, deux grammes pour une excursion dans l'Orient fantasmagorique, trois grammes pour une sombre éternité dans la lune »³⁹.

Le point de transition entre l'art psychédélique entendu au sens général et le mouvement historique et codifié de l'art psychédélique se trouve, selon Stefano Piantini, chez Ernst Fuchs, peintre phare du mouvement viennois du réalisme fantastique, « pas étranger à l'ingestion de quelques boutons de Peyotl ; un talent visionnaire remarquable »⁴⁰, et dans le groupe USCO, un groupe de « cinéastes, tisserands, poètes, artistes, musiciens, techniciens électroniques, influencés par les écrits de McLuhan »⁴¹. Cette forme d'art multimédia et psychédélique est à l'origine des *light shows*, véritables spectacles de lumière qui accompagnent souvent les concerts des groupes de rock et de pop à partir du milieu des années 1960.

³⁸ Buzzati D. (ed.), *Classici dell'Arte* vol. 2. *The Complete Works of Bosch*, Rizzoli, Milan 1966.

³⁹ Huxley A., *Le nouveau monde. Retour au nouveau monde*, Mondadori, Milan, 2021.

⁴⁰ Piantini S., « A brief history of psychedelic art », [en ligne] dans *Art Tribune*, <https://www.arttribune.com/arti-visual/2022/07/history-psychedelia/>, 5 juillet 2022, dernier accès le 12 août 2023.

⁴¹ *Ibid*

L'art psychédélique a clairement influencé la culture artistique, sociale et politique de l'époque, et c'est au cœur de la période psychédélique, en 1967, que les Beatles ont composé l'album *Sgt. Pepper Lonely Hearts Club Band* et que Pink Floyd a donné naissance à *The Piper at the Gates of Dawn*. En 1969, Jimi Hendrix a joué le son des bombes larguées par les avions au Viêt Nam, tout en jouant le *Star Spangled Banner*, l'hymne américain : c'était l'année du festival de Woodstock, qui a marqué le début du crépuscule de l'ère psychédélique. Les événements et les performances de stars du calibre de Jimi Hendrix, Carlos Santana, Grateful Dead et Pink Floyd sont un produit direct de la consommation de LSD. D'un point de vue artistique, l'expérience psychédélique au tournant des années 1960 aux États-Unis et, dans une moindre mesure, en Europe, a généré une véritable explosion de notes et de musiques, de couleurs, bien résumée dans la production de livres et de revues de l'époque. Le cinéma n'est pas en reste : en Italie, par exemple, deux des plus grands et des plus célèbres réalisateurs de tous les temps, Federico Fellini⁴² et Gillo Pontecorvo, ont été initiés au LSD par le psychologue freudien Emilio Servadio⁴³. Ces expériences ont débouché sur deux des films les plus psychédéliques des deux réalisateurs : *Giulietta degli spiriti* (*Juliette des esprits*, 1965) pour le premier et *La battaglia di Algeri* (*La bataille d'Alger*, 1966) pour le second. Le domaine artistique est certainement l'un des domaines du travail et de la production humaine où la présence du LSD et d'autres drogues similaires est la plus évidente.

Utilisation critique

L'usage critique est défini comme tel parce qu'il vise la critique de la société et des dispositifs sociaux de domination. Dans le slogan « tout est politique », on peut, à mon avis, tracer l'intention d'étendre – pardonnez l'hyperbole – sa capacité d'agir indéfiniment sur la société ; dans l'idée de critique de la politique, il y a au contraire une volonté de rompre avec toutes les formes établies qui rendent la domination possible. En 1956, avec les chars envoyés par le dirigeant soviétique de l'époque, Nikita Khrouchtchev, pour réprimer le soulèvement de Budapest, qui a brisé non seulement la résistance hongroise, mais aussi les convictions de nombreux communistes du bloc occidental, le bolchevisme a vacillé face à la profondeur de ses propres contradictions, laissant, entre les fissures qui s'étaient ouvertes en son sein, un espace pour la formation d'une nouvelle génération de jeunes politisés, capables de bouleverser la situation politique mondiale. Parmi ceux qui soulignaient que le LSD pouvait aider les révolutionnaires, il y avait ceux qui privilégiaient un discours léniniste ; d'autres, au contraire, plaçaient l'utilisation du LSD et d'autres psychédéliques dans le cadre d'un système de pensée anarchiste. Le

⁴² Rédaction de Spazio 70 (ed.), Sous la supervision du psychanalyste Emilio Servadio, Federico Fellini expérimente le puissant hallucinogène un dimanche d'été, [en ligne], in spazio70.com, <https://spazio70.com/societa-e-cultura/cinema-and-music/experience-of-federico-fellini-with-lsd/>, consulté pour la dernière fois le 7 novembre 2023.

⁴³ Dans Garzia P., « Emilio Servadio e gli stati di coscienza », in Eleusis. *Bollettino d'Informazione della SSSIC*, n.1, mai 1995, pp. 11-16.

dénominateur commun était la conviction que le sujet voulait et devait être autonome, et le rejet d'un consumérisme qui ne pouvait conduire qu'à une constitution matérielle de la classe centrée sur une seule dimension, celle de l'achat. À la lumière du discours déjà évoqué sur les drogues « de vie » et « de mort », nous pouvons affirmer qu'une disposition critique-transformatrice – visant à surmonter l'aliénation du moi par rapport à la politique, à la société, à l'Autre – préexiste à l'usage critique des psychédéliques, et que ce n'est qu'à travers elle qu'une expérience d'usage de la substance peut être rendue véritablement collective, communautaire et politique. Inévitable, à la lumière des cultures politiques dominantes dans l'Italie de ces années-là, fut la fracture qui s'ensuivit et qui fut consommée précisément en 1968, culminant dans la saison du mouvement de 77, qui remet en question toute la vie, dans tous ses plis, même les plus intimes, en faisant exploser toutes les catégories sociales et politiques. Ce mouvement s'est emparé de thèmes qui n'avaient pas encore été abordés et a emprunté des chemins jusqu'alors inexplorés. Comme le caillou fatidique qui dévale la montagne, le tremblement de terre a touché toutes les institutions, à commencer par la famille. C'est la période des « évasions », un concept qui nous permet de revenir au discours sur les substances psychotropes. On s'échappe non seulement « de » (de l'autorité, des parents, de la famille), mais aussi « vers » (vers l'avant-garde, la métropole, des expériences différentes). Cette évasion métaphorique se réalise dans le voyage qui devient littéraire et donne naissance à la « culture du voyage »⁴⁴.

L'Angleterre avec ses beats, l'Amérique avec ses hippies et la Hollande avec ses provos deviennent une destination et un point de référence pour les jeunes du monde entier (Italie en tête) et leurs révoltes⁴⁵. On va dans ces pays, et quand on en revient, on est un jeune qui écoute certains disques, porte certains vêtements, tient certains discours et consomme certaines drogues (au début surtout de la marijuana). Tout est vécu comme une recherche de « dilatation » de la sensibilité et de la conscience. On parle de libération et cette libération prend la forme d'espaces libérés, qu'il s'agisse d'un espace mental ou d'un espace urbain physique. Les routes ne sont pas parcourues, elles sont utilisées. Parmi les exemples de cette utilisation des espaces, on peut citer le quartier Tiburtino à Rome et la Via Ripamonti à Milan, cette dernière étant bientôt désignée dans les médias sous le nom de « Barbonia City »⁴⁶. Le slogan

⁴⁴ La littérature beat résume magnifiquement l'épopée du voyage du jeune contemporain de la saison du mouvement. Dans des biographies comme celle de Jack Kerouac ou de Charles Duchaussois, on reconnaît l'envie de « se perdre », de s'évader, propre à la *beat generation*, à travers le voyage physiquement entendu, mais aussi spirituellement, par l'usage de drogues modificatrices de la conscience. Cf. Kerouac J., *Sur la route*, Mondadori, Milan 2016 ; Duchaussois Ch., *Flash. Katmandou le grand voyage*, SEI, sede ? 2001.

⁴⁵ Echaurren E., Salaris C., *Controcultura in Italia 1967-1977*, Bollati Boringhieri, Turin 1999 ; Guarnaccia M., *Beat and Beat World. Chi sono i beat, i provos, i capelloni*. Stampa alternativa, Viterbo 1996 ; Guarnaccia, M., *Underground Italiana. Gli anni gioiosamente ribelli della controcultura*, Shake, Milan, 2011.

⁴⁶ Giorgi A., « Milano, là dove c'erano i capelloni : Barbonia City o l'inizio del '68''', in *Il Giorno* [en ligne], 28 juillet 2018, <https://www.ilgiorno.it/milano/cronaca/barbonia-city-1.4061408>, dernier accès le 12 décembre 2022

féministe « le personnel est politique » résume bien ce processus de politisation. Mais si, dans la sphère personnelle, l'on prend l'exemple des relations de genre, on constate que celles-ci ont fait l'objet d'un processus d'analyse et de politisation large et radical, il n'en va pas de même pour la consommation de substances, qui n'a pas fait l'objet d'un traitement correspondant de la part de l'historiographie – ni des branches spécialisées, qu'elles soient académiques ou non – au fil du temps. La consommation de substances a subi un processus de reprivatisation au cours des dernières décennies, à l'inverse du processus mis en œuvre par les participants aux mouvements contre-culturels et révolutionnaires de la période 1960-1980. « Tout est politique » ; mieux, « tout était politique » dans les années 1960 et 1970, c'est du moins ce que pensait la majorité des participants à ces mouvements. Les catégories du social et du politique étaient alors aussi inconsciemment que systématiquement imbriquées : on faisait de la « politique » pour renverser les pouvoirs en place et, en fin de compte, pour reprendre possession de soi et de son être-au-monde.

Substances psychédéliques et mouvement révolutionnaire

Si l'on part du principe que « tout est politique », toute consommation de substances pourrait être considérée comme politique. Il y a certainement une histoire politique de l'usage des psychédéliques qui pourrait et devrait être écrite. Avant le début des mouvements, et avant que Leary n'entre en scène, contribuant au processus de démocratisation de l'expérience psychédélique, on ne peut pas parler d'usage critique, à l'exception, comme nous l'avons vu, de quelques subjectivités qui constituaient l'avant-garde littéraire de l'époque. Précisons que même l'usage que les psychiatres faisaient du LSD dans les années 1950 pour traiter, par exemple, les patients schizophrènes, était politique. Ou plutôt, il y avait un caractère politique inhérent à cet usage, dans la mesure où la substance était utilisée comme un médicament pour traiter les malades mentaux en vue d'une éventuelle réintégration dans la société⁴⁷. Par exemple, l'usage que les médecins de MAPS⁴⁸ font aujourd'hui de la MDMA pour traiter le stress post-traumatique des soldats revenus d'Afghanistan a également un caractère politique : mais il n'a pas de caractère critique, car cet usage ne remet pas en cause le rôle de la guerre dans la société, et donc le stress post-traumatique, produit direct de la guerre⁴⁹. En ce sens, il est plus

⁴⁷ Sur son utilisation en psychiatrie dans les années 1950, voir D'Arienzo A., Samorini G., *Psychedelic Therapies. Du paradigme psychotomimétique à l'approche neurophénoménologique*, vol. 1. Aspects généraux et historiques et vol. 2. *Modern studies*, Shake Edizioni, Milan, 2019.

⁴⁸ Auteur inconnu, « MDMA-Assisted Group Therapy for PTSD Among Veterans Study Will Proceed Following Successful Safety Negotiations », in *MAPS*, 29 juin 2022, <https://maps.org/2022/06/29/mdma-assisted-group-therapy-for-ptsd-among-veterans-study-will-proceed-following-successful-safety-negotiations/>, consulté pour la dernière fois en juin 2023.

⁴⁹ La littérature scientifique démontrant la corrélation entre les événements de guerre et l'apparition du SSPT est abondante. Il suffit de mentionner ici l'un des derniers rapports du ministère américain des anciens combattants : US Department of Veteran Affairs, *How Common*

juste, à la lumière du raisonnement développé, de définir l'usage dans les mouvements comme critique, plutôt que politique. Par l'intermédiaire de Leary, des hippies et de la Beat generation, le LSD s'est répandu sur le Vieux Continent ; la « vieille taupe » – métaphore utilisée par Marx pour désigner le travail « submergé » que la révolution accomplit dans les entrailles de la société⁵⁰ – avait creusé un réseau dense de tunnels souterrains dans lesquels les idées anciennes et nouvelles, ainsi que les institutions sociales et les subjectivités politiques, venaient se croiser, tantôt en collaborant, tantôt en s'affrontant durement. Alors qu'aux États-Unis, la longue vague du mouvement s'est heurtée au mur des dispositifs de répression et de réintégration mis en place par le capitalisme, en Italie, le « flash » a duré beaucoup plus longtemps, une bonne dizaine d'années. Et si l'Italie a été un laboratoire de pratiques répressives comme aucun autre pays au monde, c'est aussi le pays où les instances révolutionnaires sont restées en circulation plus longtemps et avec plus d'intensité⁵¹. Cela fait du « laboratoire » italien un terrain de recherche privilégié également en ce qui concerne le rapport entre les mouvements, et entre ces derniers et l'usage de substances : c'est en effet en analysant le mouvement dialectique entre l'expérience qualitative du « trip » psychédélique et la réalité sociale que l'on peut tirer, à mon avis, certaines des leçons les plus intéressantes sur la réalité d'aujourd'hui. En étudiant en particulier l'évolution de la relation entre l'expérience psychédélique et les mouvements sociaux des années 1960-1970, on peut relire un passage fondamental de l'histoire la plus proche de nous : celui du passage d'une société encore dominée par des idéologies « fortes » à ce que certains appellent une société « post-idéologique ».

Bibliographie

Balestrini N., Moroni P., *L'orda d'oro 1968 -77. La grande ondata rivoluzionaria e creativa, politica ed esistenziale*, Feltrinelli, Milano, 1997.

Boissonnas, E., Michaux, H., Paulhan, J., *Mescaline 55*, Claire Paulhan Editions, Paris, 2014.

Buzzati D. (ed.), *Classici dell'Arte vol. 2. The Complete Works of Bosch*, Rizzoli, Milan, 1966.

Camilla G., Gosso F., *Hallucinogènes et christianisme. Évidences dans l'art sacré*, 2 volumes, Colibri, Milan, 2016.

Centro di Iniziativa Luca Rossi (ed.), *Livre blanc sur la loi Reale*, Colibrì, Milan, 1991.

is PTSD in Veterans, [en ligne] à l'adresse www.ptsd.va.gov/https://www.ptsd.va.gov/understand/common/common_veterans.asp, 3 février 2023, consulté pour la dernière fois le 23 septembre 2023.

⁵⁰ Marx K., *Il 18 Brumaio di Luigi Bonaparte*, ch. VII, Editori Riuniti, Milan 2015.

⁵¹ Centro di Iniziativa Luca Rossi (ed.), *Livre blanc sur la loi Reale*, Colibrì, Milan, 1991.

D'Arienzo A., Samorini G., *Thérapies psychédéliques. Du paradigme psychotomimétique à l'approche neurophénoménologique*, vol. 1. Aspects généraux et historiques et vol. 2. Modern studies, Shake Edizioni, Milan, 2019.

Duchaussois Ch., *Flash. Katmandou le grand voyage*, SEI, sede ? 2001.

Echaurren E., Salaris C., *Controcultura in Italia 1967-1977*, Bollati Boringhieri, Turin 1999.

Estrada, A., *Vita di Maria Sabina, la sciamana dei funghi allucinogeni*, Savelli Editori, Milan 1982.

Forte R., *Entheogens and the future of religion*, Park Street Press, New York 2012.

Guarnaccia M., *1968-1988 Psychedelic Art and Counterculture in Italy*, Stampa Alternativa, Viterbo 1988.

Guarnaccia M., *Beat et Beat World. Chi sono i beat, i provos, i capelloni*, Stampa alternativa, Viterbo 1996

Guarnaccia, M., *Underground Italiana. Les années joyeusement rebelles de la contre-culture*, Shake, Milan, 2011

Huxley A., *Les portes de la perception*, Mondadori, Milan, 1979.

Huxley A., *Le nouveau monde. Retour au nouveau monde*, Mondadori, Milan, 2021.

Kerouac J., *Sur la route*, Mondadori, Milan 2016

Leary, T., *Le grand prêtre. Le livre le plus important et le plus révolutionnaire sur le LSD*, Shake Edizioni, Milan 2006.

Lee, M. A., Shlain B., *Acid Dreams The Complete Social History of LSD : The CIA, The Sixties, and Beyond*, Grove Press, New York 1985.

Marx K., *Il 18 Brumaio di Luigi Bonaparte*, Editori Riuniti, Milan 2015.

Sahagun, B., *Historia General de las Cosas de Nueva España*, Editorial Porrúa, México D.F., cur. Ángel María K. Garibay, 1985.

Shapiro, Harry, *Waiting for the man : the story of drugs and popular music*, Helter Skelter Publishing, Londres, 1999.

Stella A., *L'herbe du diable ou la chair des dieux ? La prohibition des drogues par l'Inquisition*, Editions Divergences, Paris 2019

Wasson R.G., Huxley A., Graves R., *L'expérience extatique. 1955-1963*, Nautilus, Turin 1999.





Sonny PERSEIL

HDR en science politique et sciences de gestion
CNAM, ESDR3C

Gérald Darmanin a été ministre de l'Intérieur du 6 juillet 2020 au 21 septembre 2024, sous les gouvernements de Jean Castex, Élisabeth Borne et Gabriel Attal. Le fait qu'il soit resté en poste alors que les premiers ministres ont défilé tend à montrer l'importance de sa place dans le dispositif politique mis en place par Emmanuel Macron. Il est d'ailleurs à noter, s'agissant de la décision de la dissolution de l'Assemblée nationale prononcée par le Président de la République le 9 juin 2024, que l'une des seules personnalités politiques informées et favorables fut Gérald Darmanin¹.

Un autre sujet paraît confirmer le rôle de premier plan de l'ancien locataire de la Place Beauvau au sein de ce que l'on peut appeler la Macronie : les politiques des drogues. Sur cette thématique, l'Élysée a en effet adopté la position de Gérald Darmanin, en opposition à celle des jeunes Macronistes et de parlementaires notables de ce que fut la majorité présidentielle², qui préconisaient notamment une légalisation du cannabis, la drogue illégale la plus consommée. « *Le président Macron ne contredit jamais son ministre de l'Intérieur sur cette question* », affirma même *Paris Match* le 16 décembre 2021, après la publication du rapport parlementaire, pourtant piloté par des politiques proches du camp présidentiel, sur la réglementation et l'impact des différents usages du cannabis, qui constatait l'échec des politiques répressives et proposait une légalisation³.

En fait, qu'on partage ou non ses opinions sur la question, le fait est que l'action de Gérald Darmanin pendant ses quatre ans à Beauvau fut déterminante, sur au moins deux plans.

¹ Voir par exemple A. Chemin, I. Trippenbach, « Dans les coulisses d'un coup de théâtre », *Le Monde*, 11/06/2024.

² J.-R. Baudot, « Drogue : malgré l'opposition d'Emmanuel Macron et de Gérald Darmanin, une partie de la majorité travaille à la légalisation du cannabis », 27/06/2023, *franceinfo*, https://www.francetvinfo.fr/replay-radio/le-brief-politique/drogue-malgre-l-opposition-d-emmanuel-macron-et-de-gerald-darmanin-une-partie-de-la-majorite-travaille-a-la-legalisation-du-cannabis_5884532.html, consulté le 11/10/2024.

³ Travail dirigé par des politiques proches du camp présidentiel : <https://www2.assemblee-nationale.fr/content/download/341940/3351816/version/1/file/210505+Rapport+cannabis+recreatif.pdf>, consulté le 11/10/2024.

De l'efficacité des opérations policières

D'une part, une politique volontariste de lutte contre le trafic de stupéfiants a été annoncée à grands renforts de communication. Cet engagement fut notamment exprimé lors de nombreuses visites dans les zones urbaines les plus sensibles, au cours desquelles des opérations « Place nette » furent mises en place. La question qui est alors inévitablement posée est de savoir si au-delà de ces annonces, des effets concrets ont pu être observés. La réponse est nécessairement nuancée. « *Ces opérations sont très médiatisées, et font l'objet d'une communication fournie des services de l'État. Malgré un accueil plutôt positif dans la population générale, certaines critiques s'interrogent sur l'impact réel sur le trafic de drogues, et de la réalité des suites judiciaires* », affirme ainsi la page Wikipédia dédiée⁴.

Un nombre non négligeable de points de deal semblent avoir véritablement disparu, sans doute un millier⁵. Mais au-delà de la réalité toujours questionnable des données chiffrées portant sur ces sujets (quels sont les points de deal qui réapparaissent ailleurs ? quels sont les volumes de transaction hors points de deal locaux, notamment par les réseaux sociaux où les trafics paraissent augmenter de façon substantielle ? quelles sont les limites de l'évaluation quantifiée de ces trafics ?), on peut effectivement envisager la chose aussi sous un angle communicationnel.

Florent Bonnefoi, un journaliste qui suit pour *La Provence* les affaires de stupéfiants à Marseille, a couvert les fréquentes interventions de Gérald Darmanin dans sa ville⁶. Il observe à la fois des effets visibles - une évolution, qui peut être liée aux venues et annonces dans la cité phocéenne du ministre de l'Intérieur, et surtout à l'action de fond de la préfecture, qui a mis en place la méthode dite du pilonnage (harcèlement policier pour gêner le trafic, au moins au niveau des « petites mains ») – mais également une volonté évidente d'utiliser la lutte contre les trafics de stupéfiants pour la communication politique. Les visites dans les quartiers sont d'ailleurs parfois nommées de façon ironique des « safaris-cités » par les reporters qui accompagnent le représentant du gouvernement parcourant les lieux sensibles à la rencontre des habitants. D'une façon générale, au-delà de ces actions, le journaliste pense que les quantités moyennes commercialisées de drogues tendent à augmenter substantiellement (en particulier pour le cannabis et la cocaïne), notamment grâce au développement de la vente en ligne et des livraisons. Il remarque aussi qu'alors que les saisies augmentent, les prix restent stables, voire baissent, ce qui ne semble pas indiquer que les produits deviennent plus rares sur le marché et donc que les politiques mises en place soient très efficaces.

⁴ https://fr.wikipedia.org/wiki/Op%C3%A9rations_Place_nette, consulté le 11/10/2024.

⁵ J. Boitel, « Trafic de drogue en France : 5 chiffres pour comprendre l'ampleur du phénomène », <https://www.lesechos.fr/politique-societe/societe/trafic-de-drogue-en-france-5-chiffres-pour-comprendre-lampleur-du-phenomene-2094741>, consulté le 11/10/2024.

⁶ Interview réalisée le 7 mars 2024.

Il faut enfin noter d'autres effets plus problématiques de ces opérations. En rendant plus difficile l'exercice du trafic – ce qui n'était pas toujours le cas, par exemple au début des années 2000, avec des lieux de deal quasiment institutionnalisés, parfois surveillés par les autorités mais qui n'étaient visés par des actions policières que lorsqu'il y avait des atteintes à l'ordre public⁷ - la concurrence est devenue exacerbée et les luttes entre organisations criminelles plus violentes et meurtrières. C'est d'ailleurs ce que reconnaît implicitement le préfet de police de Paris, Laurent Nuñez, en intervenant dans la presse après trois morts à Sevran sur fond de trafic de drogues et de règlements de comptes, mais aussi d'opérations de type Place nette : « Évidemment, on a conscience que quand on fait ça, on déstabilise le trafic, on crée des convoitises et parfois, il y a des affrontements (...) pour récupérer des territoires »⁸.

La diabolisation des consommateurs

Ce qui peut cependant sembler le plus tangible, après le passage au ministère de l'Intérieur de Gérald Darmanin, ne tient pas aux faits, concernant la répression des trafics, qui est loin d'avoir été menée à terme (cela est-il d'ailleurs possible ?), mais aux représentations. Une idée simple – ou simpliste ? – a en effet émergé ces dernières années : les consommateurs de drogues sont – en partie – responsables des morts du trafic.

Toujours sur le registre d'une communication politique maîtrisée, qui n'est pas sans rappeler celle d'un de ses illustres prédécesseurs Place Beauvau⁹, Gérald Darmanin a multiplié les petites phrases culpabilisant les usagers. « *S'il n'y avait pas de consommateurs, s'il n'y avait pas des gens qui fument du cannabis, s'il n'y avait pas de gens qui prennent de la cocaïne, il n'y aurait pas de point de deal, il n'y aurait pas de règlement de comptes* », affirme-t-il par exemple en septembre 2023¹⁰. « *Arrêtez de fumer des joints, de prendre des rails de coke. Ça peut paraître festif comme ça, mais vous faites naître ce genre de règlement de compte, vous faites naître l'exploitation des personnes, l'exploitation des mineurs, des assassinats, le financement du terrorisme, de la prostitution* », poursuit-il un peu plus tard¹¹.

⁷ Voir notamment S. Perseil, *Politique, mœurs et cannabis : rétablir le droit ?*, Le Médiateur, 2003, p. 29 et suivantes.

⁸ <https://france3-regions.francetvinfo.fr/paris-ile-de-france/seine-saint-denis/deux-morts-dans-une-nouvelle-fusillade-mortelle-a-sevrans-l-hypothese-d-une-guerre-de-territoire-liee-au-traffic-de-drogue-2965484.html>, consulté le 18/10/2024.

⁹ Voir notamment C. Artufel et M. Duroux, *Nicolas Sarkozy et la communication*, Éditions Pepper, 2006.

¹⁰ <https://www.francebleu.fr/infos/faits-divers-justice/guerre-des-trafiquants-de-drogue-a-marseille-gerald-darmanin-pointe-la-responsabilite-des-consommateurs-1126356>, consulté le 18/10/2024.

¹¹ <https://france3-regions.francetvinfo.fr/provence-alpes-cote-d-azur/bouches-du-rhone/marseille/culpabiliser-les-consommateurs-de-drogue-est-il-un-moyen-efficace-pour-lutter-contre-les-trafics-comme-l-affirme-gerald-darmanin-2838848.html>, consulté le 18/10/2024.

Depuis ces déclarations, le ton a évolué et les termes utilisés visent de plus en plus à culpabiliser les consommateurs pour la mort des victimes directes ou indirectes du trafic de stupéfiants. À tel point qu'après l'évasion de Mohamed Amra (considéré comme « un baron de la drogue »), qui avait coûté la vie à deux agents pénitentiaires à un péage de l'Eure, celui qui était encore ministre de l'Intérieur déclara : « *La drogue, c'est la consommation de la société. Les trafiquants ne vendent qu'un produit que les gens achètent : on ne peut pas à la fois pleurer les veuves et les orphelins du péage de l'Eure et continuer à fumer son joint. Chacun est responsable* »¹².

Cette idée n'a dès lors cessé de progresser et d'être reprise dans les médias et chez les politiques. Les mots utilisés sont de plus en plus durs et l'ancien garde des Sceaux, Éric Dupond-Moretti, déclare ainsi, le 20 mars 2024 sur BFM : « *Celui qui fume son petit pétard le samedi, ce pétard-là, il a le goût du sang séché sur les trottoirs* » ; ou encore : « *Si les gens se tuent, si les gens trafiquent, c'est parce qu'il y a quelques bobos, quelques petits bourgeois, quelques gens qui de façon totalement inconsciente pensent qu'ils ont le droit de fumer du shit le samedi soir* »¹³. Les consommateurs ont « *des morts sur leur conscience* », continue Axel Ronde, porte-parole CFTC police, quelques jours plus tard¹⁴. On pourrait multiplier les citations dans ce sens, jusqu'aux propos tenus par le successeur de Gérard Darmanin à l'Intérieur, Bruno Retailleau, qui s'adresse aux consommateurs en affirmant « *qu'un joint a le goût du sang, il a le goût des larmes. Parce que derrière le joint, la coke ou autres drogues, il y a les réseaux, les mafieux, des gens qui profitent d'autres êtres humains, qui s'engraissent, font des fortunes, qui commanditent des crimes, des assassinats de la pire des façons* »¹⁵.

On doit se poser la question du registre – finalement mal défini par les tenants de ce type de discours – sur lequel se situent les locuteurs précédemment cités : que souhaitent-ils, que préconisent-ils ? S'agit-il seulement de condamnation morale qui entend viser une forme de performativité de la parole en décourageant les consommateurs ? Cela semblerait quelque peu illusoire. Ou aspirent-ils à des mesures concrètes contre les usagers, comme davantage de sanctions, des peines plus effectives ou, ce qui a été évoqué par l'ancien ministre de l'Intérieur en mars 2024, un contrôle renforcé grâce à une

¹² <https://www.rtl.fr/actu/justice-faits-divers/invite-rtl-attaque-d-un-fourgon-dans-l-eure-on-ne-peut-pas-a-la-fois-pleurer-les-victimes-et-continuer-a-fumer-son-joint-selon-darmanin-7900384388>, consulté le 18/10/2024.

¹³ https://www.bfmtv.com/police-justice/le-petard-a-le-gout-du-sang-seche-pour-dupond-moretti-le-traffic-de-drogue-est-l-affaire-de-tout-le-monde_AN-202403200267.html, consulté le 18/10/2024.

¹⁴ https://rmc.bfmtv.com/actualites/police-justice/place-nette-les-consommateurs-ont-des-morts-sur-la-conscience-tacle-le-porte-parole-cfdt-police_AV-202403310135.html, consulté le 18/10/2024.

¹⁵ https://www.bfmtv.com/politique/gouvernement/un-joint-a-le-gout-du-sang-retailleau-souhaite-que-la-lutte-contre-le-narcotrafic-devienne-cause-nationale_AV-202410160243.html, consulté le 18/10/2024.

généralisation des tests salivaires¹⁶? Compte tenu des fonctions des personnes qui s'expriment – autorités politiques, de police ou de justice – on peut penser que ces dirigeants entendent effectivement intensifier la répression des usagers de stupéfiants et pas uniquement les « faire réfléchir » à leur responsabilité en culpabilisant leurs comportements.

On notera que ce discours ne perçoit pas uniquement à droite, mais que certains responsables à gauche reprennent ces arguments, comme l'ancien ministre socialiste André Vallini, qui affirme qu'il faut « *frapper les consommateurs* », « *à la base du problème* », avec de fortes amendes, de plusieurs milliers d'euros, voire des peines de prison après récidive¹⁷. On remarquera aussi le silence sur le sujet du Nouveau Front Populaire lors de la campagne express des législatives de l'été 2024, qui n'évoque la chose que subrepticement, en préconisant l'augmentation des effectifs des unités en charge de lutter contre le narcotrafic¹⁸.

Ces idées ont aussi fait leur chemin dans la société. De très nombreuses personnes, depuis ces faits divers et les prises de position qui ont suivi, reprennent cette opinion. À titre personnel, je peux témoigner que, dans mon entourage, j'ai entendu beaucoup de gens se ranger à cet avis, ce qui n'était pas le cas il y a encore peu de temps. Cette impression très diffuse est d'ailleurs confirmée par un sondage de l'institut CSA (certes commandité par un support médiatique qui n'est sans doute pas le plus impartial, à savoir CNEWS) : 75 % des Français interrogés se seraient déclarés « *favorables à des sanctions plus dures pour les consommateurs de drogues, sans lesquels les trafics seraient bien plus faibles* »¹⁹.

Bon sens ou contre-sens ?

La force des propos de Gérald Darmanin tient à sa logique apparente : s'il n'y a pas de consommateurs, il n'y a pas de dealers, donc pas de violences liées au trafic de stupéfiants. Il est pourtant assez aisé de déconstruire ce qui semble être du bon sens.

Tout d'abord, il est un principe fondamental que tous les étudiants de droit connaissent dès leur première année d'études : la responsabilité. Tant sur le plan pénal (art. 121-1 du code pénal : « Nul n'est responsable pénalement que de son propre fait », ou encore, art. 121-3 du même code : « Il n'y a point de

¹⁶ « Drogues : Gérald Darmanin veut élargir les tests de dépistage sur la voie publique », <https://www.francebleu.fr/infos/faits-divers-justice/drogues-gerald-darmanin-veut-elargir-les-tests-de-depistage-sur-la-voie-publique-4112085>, consulté le 21/10/2024.

¹⁷ <https://www.dailymotion.com/video/x8olgev>, consulté le 18/10/2024.

¹⁸ https://assets.nationbuilder.com/nouveaufrontpopulaire/pages/1/attachments/original/1719575111/PROGRAMME_FRONT_POPULAIRE_2806.pdf?1719575111, consulté le 18/10/2024, p. 17.

¹⁹ <https://www.cnews.fr/france/2023-08-31/sondage-75-des-francais-favorables-des-sanctions-plus-dures-pour-les-consommateurs>, consulté le 18/10/2024.

crime ou de délit sans intention de le commettre ») que sur le plan civil (art 1240 du code civil : « Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer »), il apparaît, fort logiquement, que l'on n'est responsable que de ses actes. Un crime commis par un individu impliqué dans le trafic de stupéfiants ne peut dès lors en aucun cas être « imputé » à un consommateur extérieur aux faits, cela n'a juridiquement aucun sens.

De plus, s'il ne s'agit évidemment pas de nier le niveau – très préoccupant – des violences perpétrées dans le cadre du narcotraffic, le chiffre des homicides (quelques dizaines) liés au commerce illégal de drogues chaque année en France dans la période récente peut être rapporté au comptage des points de deal (dont le nombre est évalué à environ 3 000²⁰), auxquels il faut ajouter la vente en ligne, en pleine expansion. Il apparaît dès lors qu'une part largement majoritaire du trafic de stupéfiants ne fait pas couler le sang, pour reprendre les éléments de langage utilisés par les politiques cités précédemment. Dans le même ordre d'idées, il est à noter qu'une partie de la production ne passe pas par les circuits gérés par les organisations criminelles, notamment le cannabis fourni par de petits cultivateurs (qui visent leur propre consommation, voire celle de leur entourage), qui semble en progression en suivant le modèle des *cannabis social clubs*. Quel est alors le lien avec les morts dans les quartiers ?

Autre registre d'argumentation, développé notamment par tous ceux qui s'opposent à la prohibition : n'est-ce pas justement celle-ci qui génère crimes et violences, comme ce fut de façon éclatante le cas pour l'alcool aux États-Unis entre 1920 et 1933 ? Ces thèses ont notamment été développées récemment par Sarah Perrin, qui explique que c'est effectivement « *la prohibition, qui génère les violences liées aux trafics* », et Thierry Schaffauser dans le dossier du *journal d'ASUD* titré « Les consommateurs – Responsables mais pas coupables ! »²¹.

Et finalement, le sens pris par les politiques français ces derniers temps va à l'encontre de ce qui se passe dans d'autres régions du monde où la tendance, comme en Amérique du Nord et en Europe (en Allemagne depuis le printemps 2024) est justement de légaliser – essentiellement le cannabis – pour essayer notamment de décriminaliser le commerce de substances et faire échec aux organisations criminelles.

Mais surtout, et c'est peut-être le plus inquiétant, cela va aussi à l'encontre des politiques publiques mises en place dans l'Hexagone depuis que la réduction des risques a conquis les experts en santé publique, avec comme première mesure symbolique le décret pris par Michèle Barzach, ministre de droite – pour le coup fort responsable – de la Santé, pour autoriser la vente libre de seringues propres en 1987. Depuis (voir le dossier sur le sujet dans le présent

²⁰ <https://www.lesechos.fr/politique-societe/societe/trafic-de-drogue-en-france-5-chiffres-pour-comprendre-lampleur-du-phenomene-2094741>, consulté le 18/10/2024.

²¹ *Journal d'ASUD*, n°66, février 2024, pp. 13-18.

numéro de *Politiques des drogues*), de nombreuses initiatives ont vu le jour pour développer ces actions visant à sécuriser l'existence des consommateurs de drogues. Si on culpabilise les usagers, on remet en question tout ce qui a été fait dans le domaine, à l'instar de la prise de position de l'ancienne secrétaire d'État chargée de la Ville et de la Citoyenneté, Sabrina Agresti-Roubache, qui exprima son opposition aux salles de consommation à moindres risques (dites, trivialement, « salles de shoot ») et à la distribution de seringues : « *Donner une seringue à quelqu'un pour aller se droguer, ce n'est pas faire de la prévention* »²² . Alors que des centaines de structures évoluent dans la réduction des risques à l'heure actuelle en France (en particulier les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie – CSAPA – et les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues - CAARUD), culpabiliser les usagers revient à instaurer une forme de conduite bipolaire des autorités, qui à la fois financent et organisent un système institutionnel développé, devenu aujourd'hui assez pointu et performant, d'aide et de soutien des consommateurs de drogues dans leurs différentes problématiques, et se diraient prêtes à sévir pour sanctionner les mêmes usagers, qui seraient les vrais responsables des morts violentes dans les quartiers.

Pourtant, en conclusion, force est de constater que l'effet Darmanin sur les drogues – une idée simple qui apparaît *in fine* comme le produit d'une communication politique bien huilée – paraît avoir fonctionné et marqué les esprits, tant dans la population que dans les médias et chez les politiques de tous bords (ou presque). De ce fait, sur un sujet aussi complexe que les politiques des drogues, qui mérite tant de sérieux et de profondeur, la France paraît actuellement aller à contre-sens en culpabilisant davantage les usagers.

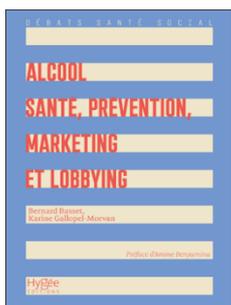
²² <https://marsactu.fr/bref/sabrina-agresti-roubache-revendique-son-opposition-a-la-salle-de-shoot-marseillaise/>, consulté le 18/10/2024.

LIVRES

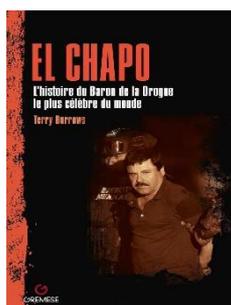
Nouveautés
Présentations des éditeurs

Bernard Basset, Karine Gallopel-Morvan, *Alcool : santé, prévention, marketing et lobbying*, Hyg e  ditions / Presses de l'EHESP, 2024. Préface d'Amine Benyamina.

Depuis les années 1960, la consommation de boissons alcoolisées a considérablement diminué en France. Cependant, son niveau reste l'un des plus élevés au monde. Une prise de conscience se fait progressivement parmi les citoyens de plus en plus intéressés par ce problème de santé. Des études scientifiques récentes éclairer sur les risques liés à l'alcool, et les stratégies agressives de marketing des industriels de l'alcool envers les plus jeunes sont dévoilées par les associations. Si les acteurs de la santé tentent de déployer des politiques publiques et de prévention efficaces pour réduire la consommation d'alcool des Français, le secteur économique de l'alcool freine et bloque leur mise en place grâce à des stratégies de lobbying redoutables pour influencer les décideurs et les élus. En 10 questions, dans un format clair et concis, cet ouvrage fait le point sur l'ensemble des aspects du sujet complexe et passionnant qu'est la consommation d'alcool et des mesures efficaces pour la réduire. Extrait de la préface d'Amine Benyamina : « En rassemblant dans cet ouvrage des contributeurs de grande qualité, Karine Gallopel-Morvan et Bernard Basset font œuvre de service public en venant combler le vide de politique de prévention et d'information que l'état assure avec discrétion ». Les contributeurs : Raphaël Andler, Justine Avenel, François Beck, Christian Ben Lakhdar, Guylaine Benech, Virginie Bresson, Patrick Daime, Marc-Antoine Douchet, Fabien Girandola, Romain Guignard, Hervé Martini, Ana Millot, Mickael Naassila, Viêt Nguyen Thanh, Ivana Obradovic, Antoine Philippon, Guillemette Quatremère, Jean-Baptiste Richard, Myriam Savy, Stanislas Spilka.



Terry Burrows, *El Chapo : l'histoire du baron de la drogue le plus célèbre du monde*, Gremese, 2024.



  l'âge de 9 ans, Joaquín Archivaldo Guzmán Loera travaillait comme ouvrier dans les champs de pavot mexicains, mais au fil du temps, poussé par l'ambition, le sens des affaires et la cruauté, il a tiré et tué jusqu'à arriver au sommet. Après la disparition d'Escobar dans les années 1990, « El Chapo » s'est rapidement imposé comme le narcotraffiquant le plus riche et le plus puissant du monde. Il a réussi à s'évader de deux prisons de haute sécurité, d'où il continuait à diriger le cartel de Sinaloa, en 2013, le FBI l'a déclaré ennemi public n  1 et l'a arrêté en 2016. Burrows nous raconte son histoire faite de guerres sanglantes entre cartels

de la drogue, de rebondissements, de valises remplies d'argent, de luxe effréné, de trahisons, de meurtres, de procès et d'évasions spectaculaires.

Anthony Ferreira, *Le spectre de l'addiction. Neurosciences, philosophie, psychiatrie, sciences humaines...*, Éditions Matériologiques, 2024. Préface : Denis Forest, postface : Serge H. Ahmed

Le Spectre de l'addiction est un ouvrage unique en ce qu'il réunit en une fresque dûment organisée la présentation des nombreuses théories de l'addiction, d'une part, et d'autre part en exposant les propres réflexions de son auteur, Anthony Ferreira, lequel, pourvu d'un doctorat en neurosciences et d'un autre en philosophie, dispose des outils conceptuels et expérimentaux pour s'aventurer avec la plus grande des perspicacités dans ce vaste et sinueux champ d'étude. Ainsi que s'exclame avec enthousiasme son postfacier le neuroscientifique Serge Ahmed, il s'agit d'un livre « immense ». La première partie est une somme historique permettant de rendre compte de la diversité des addictions et des approches qui, depuis des siècles, ont tenté de les décrire, les définir, les contrer. Cette ample perspective comparatiste implique de comprendre « l'addiction » comme un spectre et d'en donner une définition minimale capable d'englober cette variété d'expressions. Cette profusion, cette hétérogénéité, problématiques en ce qu'elles entravent la connaissance et l'action (soigner), doivent dès lors être circonscrites sans pour autant être effacées du tableau complet. La deuxième partie s'intéresse aux mécanismes sous-jacents capables de donner une unité épistémique à ce spectre en abordant la question du choix et de la rationalité dans l'addiction. Traitées par la psychologie et l'économie, ces notions influencent profondément les théories de l'addiction issues tant des neurosciences que des disciplines qui s'y opposent. Nombre des difficultés du champ viennent avant tout des conceptions hétérogènes et incompatibles du choix et de la rationalité que mobilisent les penseurs de l'addiction. La dernière partie, tirant les conséquences de cette enquête multidisciplinaire (neurobiologie, psychiatrie, psychologie, philosophie, économie, etc.), propose une théorie unifiée du phénomène « addiction » tendanciellement apte à répondre efficacement aux problèmes constants auxquels les « addictologues », au sens large, ne cessent d'être confrontés : l'unité de l'addiction bien sûr, la légitimité des modèles animaux, les questions de la nature des objets d'addiction, des addictions comportementales, de la place de la dimension sociale dans la constitution du fait « addiction », les conséquences éthiques relatives aux statuts moral et légal de l'addict, etc.



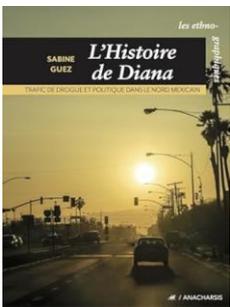
Lucas Gomes da Silva, *Consommation de drogues et contrôle pénal : entre les méfaits de la prohibition et la nécessité de la réduction des risques*, Éditions Notre Savoir, 2024.

Cette étude examine les dommages causés par le prohibitionnisme et la guerre sanglante contre la drogue, par rapport à la politique de réduction des risques, en analysant l'individu consommateur de drogue et les raisons qui l'ont amené à entrer en contact avec les stupéfiants. Cette étude montrera que la toxicomanie est actuellement une pathologie sociale, principalement due à l'absence de



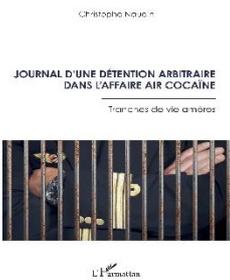
bonheur chez les gens et à la recherche du plaisir à tout prix, imposée par une société de consommation impitoyable et oppressive, qui impose des normes et un statut inaccessibles, ce qui finit par frustrer les individus, qui se tournent vers les drogues comme moyen d'échapper à la réalité oppressive. En analysant les effets de la drogue sur la violence et les taux de criminalité, il est possible de voir la relation étroite qui existe entre eux. La toxicomanie a un impact à la fois sur la société et sur le monde judiciaire. Face à l'ampleur des dégâts causés par le prohibitionnisme, des mesures de contrôle alternatives sont nécessaires, y compris les modèles de dépénalisation et de légalisation des drogues.

Sabine Guez, *L'Histoire de Diana - Trafic de drogue et politique dans le Nord mexicain*, Anacharsis, 2024.



Au Mexique, la violence liée au trafic de drogue a pris des proportions effarantes. La ville de Ciudad Juárez, accolée à El Paso de l'autre côté de la frontière au Texas, est l'un des épicentres de ce phénomène. Diana, une femme au caractère frondeur issue de la bonne société mexicaine, a épousé dans sa jeunesse l'un des patrons du « Cartel de Juárez », Gilberto Ontiveros, dit El Greñas – finalement condamné à 17 ans de prison. Sabine Guez relate ici sa rencontre avec Diana et construit une enquête profonde où se mêlent l'ordinaire du trafic de drogue et les ancrages directement politiques de celui-ci. Une lumière crue jetée sur l'un des aspects les plus opaques de notre temps.

Christophe Naudin, *Journal d'une détention arbitraire dans l'affaire Air Cocaïne : tranches de vie amères*, L'Harmattan, 2024.



Après mille jours d'incarcération dans les sordides prisons dominicaines, Pascal Fauret et Bruno Odos, anciens pilotes de la marine, sont injustement condamnés à vingt ans de réclusion. Fin 2015, ils sont exfiltrés lors d'une opération de sauvetage organisée par Christophe Naudin. Poursuivi par les services secrets dominicains, celui-ci est arrêté en Égypte puis extradé illégalement à Saint-Domingue au mépris des conventions internationales. Incarcéré dans la sinistre prison de Najayo, il fait face pendant vingt-trois mois à un système politique et judiciaire rongé par la corruption. Revenu de cet enfer, Christophe Naudin nous éclaire, dans ce journal puissant, drôle et douloureux, sur l'impuissance de la diplomatie française et sur l'absurdité judiciaire. Les trois hommes ont été innocentés par la justice française en 2021.



APPEL À ARTICLES

Dans la continuité des réflexions amorcées lors de séminaires éponymes organisés au Conservatoire national des arts et métiers (Cnam) depuis octobre 2019, la revue ***Politiques des drogues*** a été lancée en juillet 2021.

Elle est en accès libre sur le site du Cnam : <https://esd.cnam.fr/actualite/revue-politiques-des-drogues/>.

Ce nouveau semestriel s'inscrit dans une approche résolument interdisciplinaire et de dépassement des clivages stériles. Il a pour ambition de proposer une réflexion scientifique et professionnelle rigoureuse, approfondie et originale, en faisant dialoguer des savoirs et des points de vue divers sur la question des drogues, aussi bien en termes de politiques publiques, que sur des enjeux éducatifs, sécuritaires, normatifs ou économiques.

La revue est ainsi ouverte à toute proposition d'article, pour des textes relativement courts, portant sur l'un des angles de cette vaste thématique.

N'hésitez donc pas à envoyer vos propositions d'articles (papiers finalisés), qui seront examinées par le comité scientifique de la revue, à : sonny.perseil@lecnam.net

Consignes aux contributeurs

Le projet d'article envoyé par les candidats à une publication dans *Politiques des Drogues* doit impérativement respecter les consignes suivantes, faute de quoi il ne sera pas étudié par le comité scientifique (3 relecteurs à l'aveugle) :

- Le texte doit être relativement court (pas plus de 25 000 signes, espaces compris), ce calibrage valant pour l'ensemble du fichier incluant donc la bibliographie, les notes ou d'éventuelles annexes.
- Le texte doit être bien écrit. Les articles impliquant trop de corrections formelles seront systématiquement retournés à l'auteur avant examen par les relecteurs.
- Les notes doivent être placées en bas de page. Les appels de note dans le texte doivent être en exposant.

- Les sources seront citées au fil du texte (Granovetter 1973, p. 1367 ; Bourdieu 1979, p. 45) et feront l'objet d'une bibliographie en fin d'article adoptant le format suivant :
 Ouvrage : Bourdieu P. (1979), *La distinction*, Paris, Minuit.
 Article : Granovetter M. S. (1973), « The strength of weak ties », *American Journal of Sociology*, vol. 78, no. 6, pp. 1360-1380.
 Ouvrage collectif : Harvey E. B. (dir.) (1973), *Perspectives on modernization*, Toronto, University of Toronto Press.
 Chapitre d'ouvrage collectif : Tilly C. (1973), « The modernization of political conflict in France », in E. B. Harvey (dir.), *Perspectives on modernization*, Toronto, University of Toronto Press.
 Article de presse : auteur(s) (si l'article est signé), « titre de l'article », *titre du journal*, date de parution.
- La proposition doit être envoyée à sonny.perseil@lecnam.net.

Sur le fond, les articles attendus doivent s'appuyer sur des recherches originales représentant un apport ou une synthèse de qualité. Les travaux fondés sur une approche véritablement interdisciplinaire seront préférés aux études trop spécialisées. Les membres du comité éditorial se montreront particulièrement sensibles aux propositions mêlant aspects empiriques et analyse conceptuelle, par rapport à des textes qui ne se focaliseraient que sur l'un de ces deux points. Les recherches portant sur l'actualité et la prospective des politiques des drogues seront également appréciées.

Comité éditorial : Sonny Perseil, directeur de la publication ; Imène Sahed, directrice de la rédaction ; Bertrand Leibovici, rédacteur-en-chef ; Antony Chaufton, rédacteur-en-chef adjoint ; Idrissa Ba, directeur des relations internationales ; Magali Féger ; Samuel Mbodji.

Marie-Astrid Le Theule, Guillaume Soto-Mayor et Alice Gagliano, membres fondateurs.

Comité scientifique : Idrissa Ba (Centre de prise en charge intégrée des addictions de Dakar), Alain Bauer (Cnam / SDR3C), Sandra Bertezene (Cnam / Lirsa), Yann Bisiou (Université Paul Valéry - Montpellier III), Jean-Pierre Couteron (Fédération Addiction), François-Xavier Dudouet (Université Paris Dauphine / IRISSO), Michel Gandilhon (Observatoire des criminalités internationales), Didier Jayle (ex-MILDT / ex-Cnam), Séverine Lacombe (Sorbonne Université), Laurent Laniel (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction), Bertrand Leibovici (médecin addictologue), Marie-Astrid Le Theule (Cnam / Lirsa), Giovanni Molano-Cruz (Universidad Nacional de Colombia), Paulo José dos Reis Pereira (Pontificia Universidade Católica de São Paulo), Sonny Perseil (Cnam / ESDR3C), Alexandre Pollien (FORS – Suisse), Imaine Sahed (Cesdip).